

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936 — N° 8

STÉNOSES ET CICATRICES VAGINALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 22 novembre 1935.

PAR

Eugène-Fortuné-Joseph GRAZIANI

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône), le 6 novembre 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, professeur.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936 — N° 8

STÉNOSES ET CICATRICES VAGINALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 22 novembre 1935.

PAR

Eugène-Fortuné-Joseph GRAZIANI

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône), le 6 novembre 1909.

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur.....
DUVERGEY, professeur.....
JEANNENEY, professeur.....
CHARRIER, agrégé.....

Président.

Juges.



BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSE, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE,
CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.....	C. SIGALAS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	GHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GHEYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	N.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie.....	DESPONS.
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale.....	WANGERMEZ.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.		MM.	
Physiologie.....	FABRE.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Pharmacie chimique.....	VITTE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Botanique.....	GIRARD.

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

Qu'elle trouve ici le témoignage de
mon profond amour.

A MON PETIT GUY

A MES PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES DE L'ECOLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN VILLAR

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui nous a toujours réservé le meilleur
accueil.

A MES MAITRES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Vice-président de la Société française de gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu nous faire le très
grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Nous l'assurons de notre respectueuse
gratitude.

STÉNOSES ET CICATRICES VAGINALES

INTRODUCTION

Dès les premières recherches auxquelles nous nous sommes livré pour entreprendre ce travail, nous avons constaté que les auteurs emploient souvent sans distinction le terme d'*atrésie* et celui de *sténose*. Aussi, il nous paraît utile de préciser, dès le début, la valeur exacte de ces mots. L'*atrésie* est l'absence de trou, c'est-à-dire l'occlusion des cavités naturelles. La *sténose* est le rétrécissement de ces mêmes cavités.

Dans cette étude, nous envisagerons les *rétrécissements permanents* du vagin, qui constituent une malformation assez rare. Nous éliminerons les rétrécissements transitoires et fugaces qui relèvent d'une pathogénie différente et dépendent soit de spasmes musculaires dus au vaginisme, soit de tumeurs des organes voisins. Ces rétrécissements permanents se distinguent en deux grandes classes : les uns sont d'origine *congénitale* et tirent leur origine, le plus souvent, d'une cloison incomplète du vagin. Nous avons rejeté de ce cadre les autres malformations congénitales telles que : cloisons complètes, cloisons longitudinales, absence partielle de vagin, qui ne constituent pas de véritables sténoses.

Les autres sont d'origine *acquise*, et le rôle des cicatrices dans leur étiologie est considérable.

Point n'est besoin de dire qu'on s'est occupé des uns comme des autres, et nous n'avons pas la prétention de penser que le modeste travail que nous présentons ne renferme rien de bien nouveau. Et, du reste, ce n'est pas dans ce but que nous l'avons entrepris. Bien plus modeste, notre intention a été de rassembler en une seule étude des faits épars, et, en général, peu approfondis, en laissant soigneusement de côté tout ce qui touche aux conséquences obstétricales ultérieures que peuvent entraîner ces sténoses, pour nous confiner simplement dans le domaine gynécologique.

Voilà le plan que nous avons choisi : après un historique assez bref, nous traiterons d'abord les sténoses congénitales dans un premier chapitre, puis les sténoses acquises et les cicatrices dans un deuxième chapitre. Chaque chapitre sera suivi des observations s'y rapportant. Nous terminerons par un traitement d'ensemble et nous dégagerons ensuite les conclusions.

Mais avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre gratitude à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, dont l'enseignement nous a permis de mener à bien nos études médicales.

Toute notre reconnaissance va à M. le Professeur Guyot, qui soigna notre famille et qui, après nous avoir fait aimer et apprendre la gynécologie d'abord, la chirurgie ensuite, dans ses cliniques magistrales, a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse et nous guider dans cette tâche.

HISTORIQUE

L'histoire des rétrécissements du vagin remonte à la plus haute antiquité. Les auteurs anciens s'étaient déjà occupés de la question, mais sans établir de classification à propos de cette lésion vaginale. Ils furent, semble-t-il, plus particulièrement frappés par les sténoses congénitales qu'ils confondirent avec les cicatricielles, sans en rechercher les causes.

Hippocrate connaissait la rétention mécanique du flux menstruel. Aristote mentionne déjà les opérations dans les cas de rétrécissement du canal génital; mais ces opérations sont le plus souvent suivies de mort.

Celse conseille de faire une incision cruciale dans le cas de cloison membraneuse du vagin.

Aetius d'Amide, au ^{vi}^e siècle après Jésus-Christ, fait une classification rudimentaire des rétrécissements des voies génitales de la femme.

Au ^{xi}^e siècle, Avicenne classe les coarctations vaginales en deux catégories : 1° celles qui s'opposent au flux menstruel; 2° celles qui empêchent le fœtus de sortir. De plus, il conseille de rompre le rétrécissement et de faire la dilatation avec le doigt.

Alhucasis conseille l'usage du bistouri pour sectionner les brides et consécutivement l'usage du coït comme moyen de dilatation.

Plater opère une hématométrie survenue à la suite d'une sténose vaginale acquise après un accouchement laborieux.

Benevoli, consulté par une femme mariée se plaignant de ne pouvoir accomplir son devoir conjugal, fit à celle-ci un

traitement par la dilatation (racines de gentiane de plus en plus grosses, puis moelle de hêtre écrasée, enfin grosse éponge, et guérison).

Morgagni, Schultza, Bas, Villette, en 1812, apportent de nouveaux documents sur la question.

En 1824, Flamand opère une femme dont le vagin s'était rétréci à la suite d'un accouchement et qui, de ce fait, présentait des rétentions de règles.

A partir de 1834, grâce à l'initiative d'Amusat, la question avance. Mais, malgré son succès opératoire, l'incertitude règne en ce qui concerne le diagnostic.

Puech publie deux monographies : l'une en 1864, où il s'occupe des rétrécissements simples, et l'autre en 1874, sur les rétrécissements complexes.

Puis Delaunay donna dans sa thèse, en 1877, une vue d'ensemble sur les cloisonnements transversaux du vagin d'origine congénitale. Lyon apporte sa contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux et acquis du vagin.

La Société de chirurgie de Paris, en 1876 et en 1885, consacre deux importantes séances sur les sténoses.

En 1898, Picado énumère dans un tableau général les différentes causes des rétrécissements vaginaux acquis.

En 1904, Brindeau publie dans l'*Obstétrique* un article sur les rétrécissements acquis.

Depuis lors, et jusqu'à nos jours, il y a eu quelques publications que nous mentionnerons et dont nous tirerons parti.

I

STENOSES CONGENITALES

Pour bien comprendre le mécanisme et la cause de ces sténoses, il est nécessaire de rappeler brièvement la formation et l'évolution embryologique du vagin.

A. — *Embryologie.*

Ce n'est pas chose facile que de faire l'embryologie de la région vaginale, car on discute encore, et depuis longtemps, sur la formation de la vulve et du vagin. Les uns, avec Rathke, considèrent le vagin comme une formation du sinus uro-génital. Cette opinion n'a guère d'adeptes. D'autres auteurs, tels que Kolliker, Thiersh, Tourneux, attribuent aux canaux de Müller la formation du vagin tout entier. Les plus nombreux, enfin, avec Retterer, Pozzi, prétendent que le vagin supérieur résulte de la coalescence des canaux de Müller et que la portion inférieure de ce canal, le vestibule, naît du sinus uro-génital. Cette théorie, qui jouit du crédit le plus justifié, explique d'une manière satisfaisante les malformations vulvo-vaginales. C'est à elle qu'il convient de nous rallier. Les canaux de Müller, en se fusionnant, donnent naissance dans leur partie supérieure à l'utérus, et, dans leur partie inférieure, au vagin proprement dit. C'est cette dernière partie qui vient se mettre en rapport avec le sinus uro-génital, lequel évolue séparément pour former d'une part l'urètre; d'autre part, le vestibule du vagin avec l'hymen. Vagin et vestibule entrent en communication pour former un seul et même canal en continuité parfaite. Les

anomalies dans la fusion des lumières de ces canaux expliquent les malformations qui sont à l'origine du rétrécissement. Quoi qu'il en soit, l'accroissement du vagin se fait lentement au début de la vie fœtale, et ce n'est que dans la deuxième moitié de celle-ci que ce segment se développe en s'allongeant et en s'élargissant rapidement. Les colonnes, qui ne sont peut-être que des vestiges de la fusion des deux canaux de Müller, apparaissent vers le cinquième mois.

Les plis vaginaux se montrent vers le sixième mois; ils peuvent être extrêmement développés et occuper toute la hauteur du conduit.

B. — *Pathogénie.*

On ne peut, pour expliquer la pathogénie des sténoses congénitales, s'arrêter aux hypothèses qui roulent soit sur l'hérédité, soit sur l'atavisme. Quant à celles qui font dépendre les rétrécissements d'adhérences ou d'inflammations survenues dans la vie embryonnaire, elles ne peuvent satisfaire l'esprit, car on en serait réduit à se demander quelles seraient les causes capables de produire un tel processus infectieux ou inflammatoire dans l'intimité des phénomènes évolutifs. La vraie pathogénie semble reposer sur la notion de l'arrêt de développement. Dans le vagin, qui dérive à la fois de la coalescence des canaux de Müller et de l'abouchement dans le sinus uro-génital, il y a possibilité de déviation du mode normal d'une part du côté de ces canaux de Muller, d'autre part du côté du sinus uro-génital. Normalement, les canaux de Muller se juxtaposent, et la paroi commune d'interposition se résorbe et disparaît, laissant persister un canal unique à disposition transversale dans lequel deux saillies, l'une antérieure, l'autre postérieure, appelées colonnes du vagin, dont nous avons déjà parlé dans l'embryologie, représentent les vestiges des parois d'accolement des canaux primitifs müllériens. Que ces parois ne se résorbent pas, et on aura un vagin double, s'abouchant dans le vesti-

bule. Mais, dans ce cas, il ne s'agit pas de sténose, et nous sommes en dehors du sujet. Les cloisons transversales, rarement complètes, forment des rétrécissements lorsqu'elles sont partielles. Ces cloisons, également issues d'un arrêt de développement, ont leur siège habituel au point d'union de la portion inférieure des canaux de Müller réunis avec le sinus uro-génital. Cette union se réalise-t-elle par abouchement direct du vagin dans la dépression vestibulaire ? Quel est celui de ces deux organes qui s'avance vers l'autre et le pénètre ? Ces questions restent insolubles dans l'état actuel de la science. Bien plus, on ignore si, entre ces organes, il n'existe pas un espace de tissus embryonnaires à travers lequel se creuserait le canal intermédiaire qui réaliserait la communication définitive. Cette dernière hypothèse, si elle était vraie, expliquerait la production des cloisons les plus fréquentes, que l'on rencontre au-dessus de l'hymen, à une distance variant de 1 à 3 centimètres. D'ailleurs, le point de jonction dans l'abouchement vagino-vestibulaire ne saurait être strictement déterminé. Tantôt le vagin plus court se réunit à un vestibule plus profond, et réciproquement. On conçoit alors que le niveau de la jonction vagino-vestibulaire soit assez variable pour qu'il puisse se rencontrer dans les deux ou trois centimètres au-dessus du repli hyménéal. L'inconstance, dans le niveau de cette jonction, explique donc que le repli ou la cloison qui témoigne d'une coalescence imparfaite des deux organes puisse siéger à une hauteur assez variable au-dessus de la vulve.

Si l'on admet que les canaux de Müller peuvent présenter une longueur inégale, avec un abouchement vestibulaire plus ou moins élevé pour chacun d'eux, on imagine la possibilité de replis placés latéralement à des hauteurs variables quoique assez voisines. Ce sera l'explication de quelques constatations signalées où les cloisons étaient alternantes, étagées, incomplètes.

Donc, ces cloisons transversales devraient résulter d'arrêts de développement et de troubles dans la coalescence des

canaux de Müller, dans leur abouchement vestibulaire. C'est là l'opinion dominante. Au lieu de la théorie précédente, on peut invoquer aussi la théorie des vices de développement, et là nous touchons à un ordre de phénomènes dont l'organisme humain nous donne maints exemples. Lorsqu'il s'agit de canaux excréteurs, de canaux ou d'organes creux, on a coutume d'y rencontrer des anomalies de disposition, des déviations formatives par excès ou par défaut, sans parler des transpositions possibles. Dans le domaine de l'appareil génital de la femme, on remarque avec quelle fréquence les canaux de Müller, dans leur portion supérieure, c'est-à-dire dans les trompes, multiplient leurs aspects disparates, leurs variations topographiques et leur morphologie intime. En dehors des diverticules salpingiens, qui sont loin d'être rares, des dispositions protéiformes des franges du pavillon, il faut citer les sinuosités et les coudures du canal salpingien, ses replis nombreux en forme de valvule, ses diaphragmes, qui en font un conduit où les désordres physiologiques laissent souvent des strictures dues à un développement vicié.

Dans la portion moyenne des canaux de Müller, de laquelle naît l'utérus, on trouve moins de ces anomalies parce que la capacité cavitaire est plus considérable, mais, néanmoins, l'orifice interne présente pour sa part des sténoses fréquentes, et l'utérus est sujet à des coudures bien rebelles en anté ou en rétroflexion, tandis que le canal cervical peut être le siège de cloisons verticales ou horizontales, de replis valvulaires et d'oblitérations complètes.

Pourquoi, alors, la troisième portion des canaux de Müller serait-elle exempte de ces vices de développement, de ces aberrations formatives ? C'est, dans ces conditions de développement vicié, surtout dans le cas d'inégale longueur des parois vaginales, que l'on rencontre les cloisons faciformes, les septums et les diaphragmes, aussi bien vers le fond du conduit qu'au voisinage du releveur de l'anus, qui trace souvent un repli circulaire plus ou moins appréciable, analogue à un diaphragme d'optique. Si, à un raccourcisse-

ment de la paroi vaginale antérieure, par exemple, doit correspondre logiquement un plissement sur la paroi postérieure trop longue, on peut imaginer aussi qu'à une coudure ou à une sinuosité des canaux de Müller corresponde, après coalescence de ces canaux, un éperon ou un cloisonnement latéral de saillie et d'épaisseur variables. Si l'on conçoit ainsi la genèse des sténoses vaginales, et si l'on accepte la notion des anomalies de disposition, fréquentes sur les canaux de Müller avant leur coalescence et à la période embryonnaire, on rend la compréhension des malformations vaginales plus simple et plus facile. Dès lors, le siège des cloisonnements à toutes les hauteurs du conduit est expliqué, ainsi que la variabilité de leur forme, de leur épaisseur, de leur aspect, et l'on a plus à s'en tenir aux simples viciations d'aboutissement vagino-vestibulaire pour interpréter ces phénomènes. On a signalé encore des rétrécissements relevant de brides congénitales tendues d'une paroi à l'autre du vagin et qui, ainsi, limitent son calibre. Pour certains auteurs, ces brides ne seraient autres que des vestiges de cloison transversale. Pour d'autres, on doit les rapprocher de la disposition qui existe à l'état normal chez certains animaux : « Chez les céta-cés, on a trouvé jusqu'à huit replis successifs simulant une série de museaux de tanche superposés. Chez la femelle du chimpanzé, les plis du vagin forment des croissants fort étendus; chez la brebis, les anneaux ou diaphragmes se succèdent dans le vagin jusqu'au col de l'utérus. » (Pozzi.)

Enfin, normalement, chez certaines femmes, au niveau de la sangle formée par les releveurs de l'anus, on trouve un éperon, une bride transversale. Cet éperon est formé par des brides du releveur qui enserrant le vagin comme le ferait une jarretière et occupe alors, soit le tiers supérieur, soit l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, points où le muscle est en connexion intime avec le conduit.

En résumé, il nous semble qu'une seule théorie est insuffisante pour rendre compte de tous les faits cliniques, c'est-à-dire de toutes les variétés de cloisons, ainsi que le disent

Audebert et Payrau; aussi est-il plus rationnel d'admettre que leur pathogénie relève de causes multiples, causes variables avec leur siège, leur forme et leur nombre.

C. — *Etude anatomo-clinique.*

Les signes des rétrécissements du vagin dépendent du siège, du nombre, de la constitution anatomique et de l'épaisseur des cloisons incomplètes dont ils proviennent.

En ce qui concerne le *siège*, dans la plupart des observations, on mentionne que la cloison est située dans le tiers moyen du vagin ou à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. Bon nombre de replis sont signalés dans le tiers supérieur, mais ce siège est moins fréquent. On peut dire que c'est dans la seconde partie du vagin que se rencontrent particulièrement les cloisons transversales, et leur insertion se fait surtout sur la paroi postérieure, rarement sur la supérieure. Le *nombre* des replis est rarement supérieur à l'unité. On cite cependant des cas de cloisonnements triples; les doubles sont moins rares et généralement peu distants l'un de l'autre.

La *constitution anatomique* est loin d'être identique. Tantôt ce sont de légers et fragiles replis falciformes, disposés soit sur les bords, soit sur la face postérieure du vagin, que le spéculum franchit sans peine en les déprimant et que la simple pression du doigt peut effacer. Ces replis ne sont jamais la cause d'un trouble fonctionnel quelconque, ni dans la copulation, ni au moment de l'accouchement. C'est par hasard que l'on peut en découvrir l'existence précaire chez la jeune femme. Ces cloisonnements en éperon rétrécissent à peine la lumière vaginale. La membrane qui les constitue est formée d'un adossement de deux feuillets de la muqueuse avec interposition de tissu cellulaire à la base du repli, dans un léger feutrage conjonctif. Plus importants et plus épais apparaissent certains replis, dressés en cloisons sur la face postérieure et les bords latéraux du vagin, qu'ils oblitérent

partiellement. Le doigt, par sa pression, ne les efface pas et les déprime à peine. Ces septums sont le plus souvent épais à leur base et constitués par deux feuillets de muqueuse vaginale avec interposition de tissu conjonctif plus ou moins dense et de fibres musculaires maintenant rigide l'architecture de l'éperon vaginal. Ces cloisonnements circulaires du vagin se présentent encore sous forme de membranes perforées, soit en leur centre, soit excentriquement. Il est des cloisons percées de deux orifices latéraux représentant la lumière des deux canaux de Müller, dont les parois accolées n'ont pas subi la résorption habituelle en ce point.

Ces membranes circulaires ne sont pas toujours très épaisses ni très importantes, et les septums minces qu'elles constituent souvent peuvent se rompre sous la pression du doigt, ou bien le bistouri en a facilement raison. Par contre, il est des cas où la rigidité et l'épaisseur considérable du cloisonnement réclament des interventions plus complexes.

L'orifice est parfois extrêmement étroit, au point de n'accepter le passage du sang menstruel que sous pression.

Il est enfin une dernière forme où les rétrécissements sont étagés, irréguliers, disposés comme au hasard sur les faces du vagin en replis falciformes. Ces vagins, accidentés dans leur continuité, sont remarquables par leur défaut de souplesse et leur inextensibilité. S'agit-il de lésions vraiment congénitales, ou plutôt de lésions acquises chez des sujets ayant présenté des accidents de vaginite insidieuse et torpide postérieurement à leur naissance ? La question est difficile à élucider.

Mais tous les signes de sténose vaginale reposent sur le diamètre du canal perméable qu'elles laissent libre.

Signes fonctionnels. — Il peut n'y avoir aucun trouble si un simple repli existe, n'occasionnant aucun phénomène rétentionnel. Il n'en est plus de même lorsque l'oblitération partielle constitue une gêne ou un obstacle à l'évacuation menstruelle. Les diaphragmes perforés d'un ou deux orifices

étroits, les septums tendus d'un bord à l'autre du vagin et implantés sur la paroi postérieure, laissant sous le plancher vésico-vaginal une lumière réduite, rentrent dans cette catégorie. On observe alors des symptômes dysménorrhéiques, à la fois des douleurs assez vives d'expulsion, des coliques, de la rétention d'urine, une sensation de corps pesant dans le bassin dont l'expulsion ne peut se produire, des douleurs lancinantes, extrêmement vives, siégeant dans le petit bassin et s'étendant vers la région lombaire. Ces souffrances sont si aiguës qu'elles obligent la malade, une jeune fille ayant depuis peu dépassé l'âge de la puberté ordinairement, à rester couchée les jambes repliées. L'écoulement sanguin est très faible : quelques gouttes seulement d'un sang noir ou brun chocolat, grumeleux ou mêlé à des caillots fragmentés, tachent les serviettes. Il n'est pas rare de voir les malades perdre plus d'une semaine. Dans certains cas, l'écoulement est intermittent et ne se fait qu'au moment où la pression du liquide accumulé au-dessus de l'obstacle a raison de l'étroitesse de l'orifice. La menstruation se fait si difficilement qu'il existe parfois des hémorragies de suppléance : le plus souvent, elles se font par les conjonctives, mais on a noté également des épistaxis et même des hémoptysies. Ces phénomènes, qui se répètent à chaque règle, finissent par entraîner le diagnostic. Lorsque l'obstacle est inférieur, aux symptômes dysménorrhéiques et aux signes de rétention vaginale se surajoutent des troubles de la miction et de la défécation : dysurie, rétention d'urine ou pollakiurie, constipation. Cependant, si le rétrécissement est léger et sans influence sur l'écoulement, l'attention n'est attirée que par des circonstances fortuites créées par le mariage, la grossesse ou une affection génitale, le plus souvent par une infection vaginale.

Les obstacles situés au niveau des deux tiers inférieurs du vagin gênent ou empêchent complètement la copulation. Les membranes qui, par leur minceur et leur fragilité, subissent sous la poussée balistique le sort réservé à l'hymen, pourront

passer presque inaperçues. Celles qui résistent sont justiciables de l'intervention chirurgicale.

Les cloisons supérieures influencent peu la copulation, mais sont susceptibles d'entraîner la stérilité, ainsi que le fait a été constaté. Toutefois, il n'est pas exceptionnel d'observer des fécondations dans le cas de diaphragme vaginal portant un faible orifice (obs. I). C'est alors la dystocie qu'il faut redouter. Dans l'observation II, on a un exemple d'impossibilité à la consommation du mariage, entraînant le divorce suivant les lois civiles et religieuses et résultant d'un simple cloisonnement qu'un coup de bistouri peut faire disparaître.

Signes physiques. — Nous ne saurions trop insister sur la nécessité absolue d'un examen local, le seul qui puisse donner une certitude de rétrécissement.

A la *palpation*, on peut parfois reconnaître une tumeur dont la surface est régulière, lisse, pouvant siéger à droite ou à gauche, ou, au contraire, médiane sus-pubienne. L'apparition de cette tumeur est soudaine, ou bien elle augmente progressivement par poussées successives, régulières, mensuelles, coïncidant avec l'époque des règles et les phénomènes douloureux. Après avoir augmenté graduellement, elle peut disparaître petit à petit si l'utérus se contractant arrive à évacuer son contenu à travers la partie rétrécie de la lumière vaginale.

Passant alors au *toucher vaginal*, on peut se trouver arrêté, dès l'abord, par un hymen intact. On pratiquera alors le toucher rectal, si l'orifice hyménal ne permet pas la pénétration du doigt. L'index perçoit, s'il y a rétention, une tumeur plus ou moins volumineuse, occupant le bassin médian, formée par un hémocolpos du segment sus-jacent à l'obstacle.

Pour savoir à quelle distance de l'hymen siège la cloison, il suffit d'introduire par l'orifice hyménal une sonde ou un hystéromètre, qui ira buter contre l'obstacle, sur lequel on lit la longueur de la portion accessible du vagin. Si l'hymen

est largement déchiré, le toucher vaginal est alors facile. Le doigt pénètre sans difficulté jusqu'au rétrécissement et mesure d'emblée l'importance de la malformation; il détermine son siège, sa forme et la largeur de l'orifice laissé libre; il franchit parfois l'obstacle et atteint la cavité vaginale sus-jacente, où il reconnaît le col.

Pour compléter cet examen, il faut recourir au spéculum. Cet examen est d'ailleurs indispensable dans bien des cas où le diaphragme est percé d'un orifice réduit qu'il faut chercher attentivement pour y glisser le stylet.

Le spéculum sera encore nécessaire lorsque, pour parfaire le diagnostic et établir le traitement, on voudra dilater l'orifice du diaphragme, afin de déterminer l'état du vagin supérieur et du col. La dilatation de ces orifices est souvent facile avec le doigt et permet parfois de reconnaître l'existence d'un deuxième repli transversal profond, dont on aurait, sans la dilatation, méconnu la présence.

D. — *Diagnostic et pronostic.*

1° Le **diagnostic** résultera de la symptomatologie, et plus particulièrement des signes physiques qui fournissent tous les éléments nécessaires.

Le toucher et l'examen au spéculum permettront de poser non seulement un diagnostic certain, mais encore de faire le diagnostic anatomique et celui du siège de l'obstacle. Mais si l'hymen est intact ou si la malade se refuse à l'examen détaillé, le toucher rectal, le palper abdominal parfois et les signes rationnels permettent de diagnostiquer la lésion d'une façon suffisamment certaine pour conduire à une intervention chirurgicale. La douleur dans les rapports sexuels, relevant de la brièveté du vagin, les souffrances au moment de l'écoulement menstruel par un orifice trop étroit, ne sont pas toujours suffisants, et alors le toucher vaginal nous renseignera. Si le doigt trouvant passage dans le rétrécissement perçoit,

en se recourbant de l'autre côté de la cloison, la cavité formée par le segment supérieur et le col utérin, si ce doigt butant contre la cloison provoque de vives douleurs, on est tout de suite fixé. Si l'orifice est insuffisant, il faudra alors recourir au toucher rectal, qui renseignera sur la distance de l'utérus à l'obstacle, à condition de laisser un doigt au niveau de la membrane ou d'introduire une sonde par l'orifice, qui indiquera la longueur du segment supérieur.

L'examen au spéculum complétera ces renseignements, si le rétrécissement est assez haut situé pour admettre l'instrument. On constatera que la sténose est formée par une membrane rosée dans le cas de cloison transversale, plus ou moins épaisse, présentant en son centre un ou plusieurs orifices, dont le plus gros seul permet le passage d'une sonde ou d'un stylet. Le bord de ces orifices est net, non frangé, à l'emporte-pièce.

Reste à établir le *diagnostic différentiel* :

a) La dysménorrhée peut être invoquée, mais en cherchant l'étiologie on arrive par déduction à la reconnaître d'origine mécanique;

b) Un hymen refoulé dans la cavité vaginale : la confusion ne paraît guère possible à un examen sérieux. Cette membrane ne saurait se laisser refouler bien haut; elle se rompt plutôt lors des premiers rapports sexuels.

L'aspect de son orifice est plus ou moins frangé, irrégulier. La recherche minutieuse des caroncules myrtiformes lèvera tous les doutes;

c) Absence d'utérus avec les deux trompes s'ouvrant dans le vagin : pourrait être confondu avec une cloison transversale à deux orifices. Le toucher rectal ne trouvant pas le corps utérin lève la difficulté.

2° Le **pronostic** est généralement favorable. Ces sténoses peuvent causer un obstacle aux rapprochements sexuels et même à la fécondation. Mais il faut souligner parmi les conséquences fâcheuses dues à ces rétrécissements le rôle de l'infection. Nous ne parlerons pas du gonocoque, agent des

plus dangereux, dont la virulence se joue des obstacles (obs. III), mais des germes plus communs et même des saprophytes. La facile communication entre les deux portions du vagin étant interceptée à un degré variable provoque l'accumulation des produits de sécrétion des glandes au-dessus de la cloison, surtout lorsque celle-ci siège dans le vagin profond, immédiatement en avant du col utérin et des cul-de-sac (obs. IV). Cette rétention incomplète du sang et des sécrétions décuple les dangers de l'infection ascendante et exalte sa virulence; on comprend toute la gravité de ces endométrites purulentes et même de ces salpingites suppurées qui peuvent en résulter.

Quant aux complications causées au moment de la parturition, elles sortent du cadre de notre sujet.

E. — *Observations.*

OBSERVATION I.

(BARTHÉLEMY, Soc. d'obstét. et gynéc. Nancy, juin, 1931.)

Cloisonnement transversal du vagin. — Fécondation.

Une jeune femme de 24 ans, mariée depuis un an, vient consulter son médecin pour troubles de la menstruation. Avant son mariage et jusqu'à ces derniers temps, cette femme avait toujours été réglée assez régulièrement. Le flux menstruel, peu abondant, durait en général une huitaine de jours, ne s'accompagnant que de très légers malaises. Depuis près de deux mois, ses règles, qui s'étaient brusquement interrompues au second jour, n'ont pas reparu. C'est cette interruption qui a motivé de la part de la malade la demande d'un examen médical.

Constatant la présence, au niveau de l'hymen, d'une forte cloison transversale qui s'oppose à toute pénétration profonde et à tout examen, le médecin pense à une rétention de règles. La possi-

bilité d'une grossesse lui paraît devoir être écartée, en raison même de cet obstacle vaginal à la fécondation et en raison de l'absence de signes généraux. C'est dans ces conditions que la malade est adressée à M. Barthélemy pour examen et traitement.

A l'examen : l'entrée du vagin est fermée au niveau de l'hymen par une cloison transversale, résistante, épaisse de 1 centimètre environ. La cloison ne paraît ni tuméfiée, ni distendue par une collection sus-jacente. Une exploration attentive de sa surface vestibulaire ne permet de déceler qu'un microscopique pertuis, situé excentriquement dans l'aire inférieure droite. Il faut dilater doucement ce pertuis pour pouvoir y faire pénétrer un stylet. Cette introduction n'est suivie d'aucun écoulement, ce qui confirme l'absence de toute rétention en amont.

Sous anesthésie locale par simple imbibition, la cloison est largement incisée. L'examen vaginal immédiatement pratiqué indique d'une manière définitive qu'il n'y avait aucune collection retenue. Il indique, en outre, un certain degré de ramollissement du col et une augmentation de volume du corps utérin.

L'application dans le vagin d'une mèche de gaze stérile, renouvelée chaque jour, entretient le calibre du canal jusqu'à cicatrisation complète, et la malade quitte la clinique au huitième jour après l'intervention. Les règles n'ont pas reparu, et sept mois plus tard elle accouchait d'un enfant bien constitué et à terme. Le mari, interrogé, a déclaré que depuis son mariage les rapports avaient toujours été possibles, mais avec pénétration discrète. Non seulement, il s'en était contenté, mais l'événement démontrait que, malgré les entraves évidentes et importantes que nous venons de décrire, la fécondation régulière avait pu s'effectuer et évoluer normalement sans avoir été troublée par notre minime intervention.

Donc, malgré l'étroitesse du pertuis, la cloison avait permis et l'écoulement régulier et complet des règles, il est vrai peu abondantes, et la fécondation.

OBSERVATION II.

(Prof. VAUTRIN, Université de Nancy.)

*Cloisonnement vaginal ayant empêché la consommation du mariage
et ayant entraîné le divorce.*

J'ai eu l'occasion de voir, en 1904, avec le Professeur Schmitt, de Nancy, une jeune femme, mariée depuis trois mois, en instance de divorce à la demande du mari, arguant que le mariage n'avait pu être consommé. Le fait était vrai, et le divorce civil et religieux fut prononcé. Appelé à juger de ce cas pathologique, je constatai l'existence, à 2 centimètres au-dessus de l'hymen, d'un cloisonnement incomplet, charnu, oblitérant presque entièrement le champ du conduit vaginal, réduit à un orifice semi-lunaire sous-vésical. L'hystéromètre pénétrait dans une cavité vaginale de capacité normale, et, par le toucher rectal, on sentait l'utérus en situation habituelle. Les règles étaient d'ailleurs régulières, quoique peu abondantes et douloureuses.

Je proposai une intervention légère pour lever l'obstacle, promettant que le mariage serait ensuite possible. Je fis l'excision de la cloison au contact de la paroi vaginale, avec suture des bords cruentés, car la base d'insertion était épaisse, et la réunion se fit *per primam*.

Cette jeune femme contracta dans la suite un nouveau mariage et mit au monde deux enfants d'une manière normale.

OBSERVATION III.

(Prof. VAUTRIN, Université de Nancy.)

*Vagin cloisonné transversalement
chez une femme atteinte de vaginite récente.*

Une jeune fille de 18 ans, Mlle R..., vient me trouver en février 1915 pour une vaginite blennorragique contractée quelques jours auparavant.

La vulve est rouge, tuméfiée, souillée de liquide purulent verdâtre. L'hymen porte des traces d'effraction récente, caractérisées par trois petites plaies linéaires encore saignantes. La malade affirme qu'un seul coït a eu lieu, il y a dix jours.

Le vagin est très rouge et ses parois sont oedémateuses. Le petit spéculum est introduit difficilement, non sans douleur. A 2 centimètres au-dessous de l'hymen, l'instrument est arrêté par un obstacle très douloureux.

Cet obstacle est constitué par un pli vaginal en forme de crois-sant inséré sur le bord latéral gauche du vagin et sur la paroi postérieure.

Une ouverture de forme ovale pouvant admettre la pulpe de l'index au maximum, se trouve disposée le long de la paroi latérale droite de l'organe. La forme de ce pli, son épaisseur, la régularité de ses bords tuméfiés par l'infection, indiquent assez qu'il n'est pas un produit d'inflammation, ni un rétrécissement acquis.

Après section au bistouri sur son milieu, ce pli s'étale et laisse percevoir, derrière un flot de liquide purulent, un deuxième rétrécissement analogue, situé au niveau du releveur de l'anus autour du vagin. Ce rétrécissement, formé par un pli membraneux inséré sur tout le pourtour du vagin, y compris la paroi vésicale, portait un orifice central à bords frangés, en forme de cœur de carte à jouer, dont l'étendue pouvait admettre un gros pois. Une incision au bistouri vers les parois antérieure et postérieure du vagin suivant un diamètre antéro-postérieur fait tomber ce voile membraneux assez épais et charnu au contact du vagin et permet de voir, en arrière, les culs-de-sac vaginaux très enflammés et le col utérin situé à 4 centimètres environ au-dessus du rétrécissement supérieur.

Après ces débridements, la désinfection du vagin fut aisée, ainsi que celle du col, et la vaginite se trouva rapidement conjurée. La malade n'a plus été revue.

OBSERVATION IV.

(Prof. VAUTRIN, Université de Nancy.)

Cloison falciforme vaginale sous-cervicale

Opération. — Guérison.

Mlle G..., 22 ans, m'est adressée pour troubles menstruels le 21 juin 1908. Cette jeune fille est pâle, anémiée, souffreteuse.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement, elle a toujours présenté une dysménorrhée intense. Au début, la menstruation se produisait à des périodes espacées de deux à trois mois, avec des souffrances vives accompagnées parfois de lipothymie. Depuis deux ans, les règles sont devenues plus fréquentes (toutes les cinq à six semaines) et plus prolongées. Les douleurs prémonitoires sont violentes. Elles s'atténuent à l'apparition du sang, mais se prolongent jusqu'au cinquième jour environ. A plusieurs reprises, l'écoulement sanguin menstruel s'est prolongé douze à quinze jours. La malade s'est anémiée sérieusement depuis que les pertes sont devenues plus abondantes.

A l'examen génital, on constate un hymen normal et une vulve bien conformée, à lèvres peu charnues. Système pileux peu abondant. Le vagin est court, serré, en état d'hyperesthésie permanente. Paroi antérieure très courte.

Par le toucher, le doigt rencontre un diaphragme membraneux profond et charnu présentant sous le plancher vésico-vaginal un orifice en demi-lune pouvant admettre à peine un crayon. Cet orifice ne se laisse point dilater par le doigt : un hystéromètre le franchit et tombe dans une petite cavité supérieure où se trouve le col utérin. Un petit spéculum de vierge, introduit, montre le diaphragme membraneux inséré sur la paroi postérieure du vagin et sur les parois latérales. L'orifice, en forme de croissant, a 5 millimètres de largeur environ, et son bord postérieur se juxtapose contre le plancher vésical, dont l'hystéromètre le sépare aisément. La lumière de cet orifice ne permet pas de voir ce qui se passe derrière lui; mais on constate que ses bords sont rouges,

un peu tuméfiés et qu'il s'écoule de la cavité supérieure un liquide leucorrhéique avec des grumeaux en suspension. Grâce à un dilateur de Siredey, on peut laver la cavité sus-diaphragmatique et on aperçoit des parois rouges et enflammées, qui doivent répondre au col utérin. Durant quelques jours, la désinfection du vagin supérieur est pratiquée avec une solution chaude de borate de soude.

L'opération est pratiquée sous anesthésie au chloroforme. Après introduction de deux valves vaginales, le repli falciforme est fendu en son milieu verticalement jusqu'au niveau du plan de la paroi postérieure du vagin. Les tranches de la section sont triangulaires; elles montrent qu'à sa base le diaphragme a une épaisseur de 5 millimètres environ, et entre les feuillets fibreux qui le limitent, il existe un tissu cellulo-fibreux très vasculaire. Des deux côtés de la section, j'excise aux ciseaux les angles du repli, et des sutures sont exécutées sur les bords de la plaie demi-circulaire ainsi créée sur les parois vaginales de manière à obtenir une ligne d'affrontement demi-circulaire. Le col apparaît à 1 centimètre au-dessus, rouge, œdématié, atrésié.

La longueur de la paroi vaginale postérieure, du cul-de-sac vaginal postérieur à la vulve, n'est que de 7 cm. 5. Il y a donc raccourcissement du vagin et malformation de ce dernier organe en même temps que rétroflexion utérine. Ceci est intéressant au point de vue embryologique.

La malade a parfaitement guéri de sa petite intervention par première intention. Ultérieurement le col a été dilaté, ce qui a amélioré les fonctions menstruelles.

OBSERVATION V.

(Prof. SERDUKOFF, gynécologue de l'Université de Moscou,

Obstétr. et gynéc., 1925.)

Malade de 22 ans. Elle se plaint de fortes douleurs qui rendent le coït impossible, bien qu'elle soit mariée depuis un an et demi. Pas de menstruation jusqu'à 15 ans; à 16 ans, une inci-

sion de l'hymen, faite pour hémato-colpos, a été suivie d'un grand écoulement de sang noir. On n'a pas fait d'autres explorations. Pendant les six années qui suivirent, les menstruations furent régulières; la malade se considérait comme en bonne santé et ne se soignait pas. Au moment de son mariage, au premier coït, de fortes douleurs, ainsi que l'opposition d'un obstacle mécanique, rendirent l'acte impossible. On constata alors, à la place du vagin, un cul-de-sac profond de 3 centimètres. Dans l'angle droit de ce vagin oblitéré, on trouvait un orifice punctiforme, ne laissant pas passer le bout d'une sonde. Par le rectum, on trouva une soudure et une oblitération des deux tiers supérieurs du vagin, et, à la place de la portion vaginale attendue, une résistance élastique et douloureuse, ce qui fit penser à une cavité contenant des sécrétions. Pendant six mois, on n'observa chez la malade que la diminution progressive des écoulements menstruels, en même temps que l'apparition de douleurs spasmodiques.

Le 10 février 1918, opération. Les bords de l'orifice punctiforme incisés au bistouri, on put introduire une fine bougie de Hégar. Une mucosité épaisse se montra. On dilata l'orifice et on incisa les parties adhérentes. Il s'écoula une cuiller à soupe, à peu près, de mucosité. L'hémorragie fut considérable; le résultat fut parfait. La longueur du vagin était de 7 centimètres. Sa perméabilité normale. La malade put avoir des rapports normaux.

Nous avons donc ici une atrésie génitale complexe où il y avait une imperforation de l'hymen avec une oblitération des deux tiers du vagin. Dans le tiers supérieur oblitéré, il y avait un conduit étroit et rudimentaire ayant une tendance à s'oblitérer constamment, d'où, par suite de la rétention des sécrétions, des douleurs spasmodiques.

II

STENOSES ACQUISES ET CICATRICES

Les sténoses acquises du vagin constituent une deuxième classe de rétrécissement de ce canal, qu'il convient d'opposer et de distinguer complètement des sténoses congénitales. Leurs causes en sont toutes différentes, plus importantes et plus nombreuses également que celles de la classe précédente. Ce n'est pas seulement leur étiologie qui permet de les distinguer, mais aussi leur nature, car leur gravité est bien plus grande; les rétrécissements acquis, cicatriciels le plus souvent, étant constitués par des tissus lardacés, néoformés et presque toujours inextensibles. On comprendra alors que le traitement nécessite souvent des interventions plus radicales.

A. — *Etiologie.*

Les causes des sténoses vaginales peuvent se diviser en deux catégories : les causes traumatiques et les causes infectieuses, auxquelles nous rattacherons une variété un peu spéciale : la sténose sénile.

1° Causes traumatiques.

a) ACCOUCHEMENT LABORIEUX. — Nous placerons les accouchements laborieux au premier rang en raison de leur importance autant que de leur fréquence. Les cicatrices vulvo-vaginales sont extrêmement fréquentes chez les multipares, puisque l'accouchement s'accompagne presque toujours de lésions plus ou moins profondes des organes génitaux. Ces plaies, le

plus souvent, se cicatrisent normalement, et c'est à peine si, quelque temps après l'accouchement, on peut en trouver le vestige, sauf au niveau de la vulve et du périnée. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il est des cas où ces plaies vulvo-vaginales se cicatrisent vicieusement. Plus l'accouchement a été difficile et plus les lésions sont fréquentes et étendues. Comme causes prédisposantes, il faut citer les viciations pelviennes et la monstruosité des fœtus. Ces plaies peuvent se produire pendant l'accouchement, soit spontanément, soit à la suite de certaines interventions.

Dans le cas de plaies produites spontanément, on peut considérer l'éventualité de bassin rétréci, quand la tête est retenue un certain temps au niveau du détroit supérieur; il peut alors en résulter des contusions plus ou moins violentes qui amènent à leur suite des solutions de continuité. Les plaies ne se produisent pas immédiatement après l'accouchement, mais dans les jours qui suivent, au moment de la chute de l'escarre.

Si les sténoses vaginales peuvent s'observer à la suite d'accouchements spontanés, on comprend qu'elles soient encore plus fréquentes à la suite d'interventions obstétricales et instrumentales. Parmi les premières, nous citerons la version que l'on pratique pour corriger une mauvaise présentation; le danger, ici, est la main de l'accoucheur. Parmi les secondes, il faut citer les applications de forceps, ou l'emploi du basiotribe, du cranioclaste. L'usage de ces instruments s'accompagne le plus souvent de déchirure du plancher périnéal. Il se forme une escarre sur une portion de l'épaisseur du vagin et la cicatrisation de cette plaie provoque un travail de rétraction inodulaire; on a même vu des cas où une véritable réunion immédiate des parois vaginales s'est constituée, entraînant une atrésie de ce conduit.

Il faut rapprocher de ces faits les trop grandes étroitures du vagin que l'on peut rencontrer à la suite de périnéorraphies et de colpopérinéorraphies et qui constituent, du reste, une faute opératoire.

b) TRAUMATISMES ACCIDENTELS. — Ils peuvent être, dans certains cas, la cause de sténoses plus ou moins éloignées du conduit. Il peut s'agir de blessures accidentelles de nature très diverse : chute sur un objet pointu, coup de corne. Les corps étrangers peuvent, par leur présence, provoquer la sténose, quoique cela soit assez rare (obs. XXIII). Haverkamp signale, par exemple, l'observation d'une servante de brasserie qui, s'étant introduit dans le vagin un fourneau de pipe de 10 centimètres de long, vit à la suite se produire une cicatrice entraînant la sténose. Pozzi dit, dans son *Traité de gynécologie* : « Il est possible que la cicatrice qui cause le rétrécissement soit due à une blessure par corps étranger ayant violemment pénétré et produit un véritable empalement vaginal ou ayant longtemps séjourné et provoqué des ulcérations consécutives, par exemple un pessaire oublié. » (Obs. XIV.)

Nous devons encore signaler, comme autre cause plus fréquente, les brûlures par liquide bouillant ou par substance corrosive. Dans le premier cas, il s'agit presque toujours d'accident datant de l'enfance, le bébé ayant été immergé dans un bain trop chaud. Dans le second, on a le plus souvent affaire à des tentatives d'avortement criminel, la femme ayant pris une injection avec un liquide caustique : acide sulfurique, ammoniacal, vinaigre, bichlorure de mercure, qui le plus souvent n'a pour résultat que de déterminer une brûlure de la muqueuse, détruire l'épithélium, le tissu musculaire et conjonctif.

Le coït brutal, et en particulier le viol, peuvent donner des déchirures du vagin entraînant un rétrécissement plus ou moins étendu.

c) TRAUMATISMES CHIRURGICAUX. — Après l'ablation de tumeurs vaginales (kystes, végétations), à la suite de sections de brides congénitales, de restauration de fistules vésico-vaginales, on a vu se produire des cicatrices vicieuses. De même, les cautérisations au moyen de substances caus-

tiques telles que le Filhos (obs. XVIII) ou le nitrate d'argent, les injections de liquides trop chauds faites inconsciemment, peuvent aboutir au même résultat. Il ne faut pas oublier les applications de radium pour cancer du col, mais ici la sténose fait partie du but thérapeutique que l'on poursuit et n'est pas une complication.

2° Causes infectieuses.

Par opposition à ces causes traumatiques, il faut placer les sténoses de cause infectieuse. Elles existent véritablement, mais il faut reconnaître qu'elles sont beaucoup plus rares. Il faut d'abord mentionner les malformations du vagin acquises pendant la première enfance qui proviennent de certaines affections infantiles : rougeole, scarlatine (obs. XIX), diphtérie (obs. XX), blennorrhagie des petites filles, qui sont souvent les causes de vaginites et de paravaginites qui laissent après elles des troubles divers dans le conduit vaginal.

Au cours de maladies telles que la variole, la fièvre typhoïde (Mayer), la pneumonie (obs. XVI), l'érysipèle, la fièvre jaune même (obs. XXII), on a pu voir survenir des complications tardives de gangrène de la vulve et du vagin; elles sont cependant rares et accompagnent presque toujours des formes sévères de la maladie. L'infection atteindrait le vagin par voie hématogène (Serdukoff) et la cicatrisation des escarres produites dans le vagin se faisant très lentement entraîne un rétrécissement marqué.

Mais c'est la fièvre puerpérale (obs. XVII) qui, parmi les maladies infectieuses, s'accompagne le plus fréquemment de sténose. Nous avons vu que les déchirures de la filière génitale sont fréquentes à la suite de l'accouchement. Quand les suites de couches sont normales, la réparation se fait sans déformation notable; mais s'il survient de l'infection, la plaie bourgeonne, les différents lambeaux vaginaux, plus ou moins flottants, peuvent s'accoler en position vicieuse et produire ainsi soit des brides, soit des anneaux qui rétréciront le vagin. La forme gangréneuse de l'infection est la plus à crain-

dre, et l'on sait que, dans ces cas, de grands lambeaux de muqueuse peuvent être expulsés; comme les parois vaginales ont toujours une tendance à se rapprocher l'une de l'autre, si le sphacèle a porté sur tout un segment de l'organe, il s'en suivra des rétrécissements parfois très serrés. La blennorragie chronique (obs. XV) serait pour certains auteurs une cause de sténose qu'il ne faut pas dédaigner. C'est surtout Weit qui s'est fait défenseur de cette idée. Il admet que les granulations vaginales peuvent relier entre eux les différents replis du conduit et produire dans la suite des anneaux cicatriciels qui ont une grande tendance à revenir sur eux-mêmes.

Enfin, citons la syphilis, qui est un agent de premier ordre dans la production du tissu scléreux, et il n'est pas étonnant de trouver au niveau du vagin ce qu'on observe à la suite de cette maladie dans d'autres conduits musculaires. Ordinairement, la sténose porte sur une certaine longueur, et il s'agit plutôt de rétrécissement cylindrique que de rétrécissement annulaire ou transversal.

La dernière cause de rétrécissement du vagin, que l'on peut rattacher aux causes infectieuses, est l'involution sénile, que subit la partie supérieure du vagin, très fréquente chez les femmes ayant dépassé la ménopause. Pour Fiolle (obs. IX), ce ne serait pas une involution sénile, mais un processus inflammatoire chronique atténué qui agirait en formant des adhérences peu serrées, constituées par des sortes de minuscules fibrilles qui relient les parois muqueuses en présence. Puis ces adhérences seraient transformées plus tard, par sclérose, en tissu fibreux. Cependant, il ne peut apporter aucune preuve formelle sur cette origine infectieuse.

B. — *Anatomie pathologique.*

Dans les sténoses acquises, le siège du rétrécissement vaginal varie suivant l'endroit où la lésion se produit. Il se rencontre le plus souvent soit à la partie inférieure du vagin, au niveau de la vulve, soit à son extrémité supérieure, tout

près du col : dans ce dernier cas, cet organe est souvent englobé dans la cicatrice. C'est au niveau de cette extrémité supérieure que l'on rencontre les adhérences qui se produisent chez les vieilles femmes. D'autres fois, c'est à une certaine distance des extrémités que se produit la cicatrice : union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, union du tiers moyen avec le tiers supérieur, milieu du vagin, etc. La forme du rétrécissement est intéressante à étudier. Il s'agit souvent de brides qui divisent le vagin en plusieurs segments. Ces cloisons, le plus souvent transversales ou obliques au niveau du cul-de-sac postérieur, sont plutôt longitudinales au milieu du vagin et de nouveau transversales à la vulve. Dans d'autres cas, le rétrécissement est annulaire, et l'on peut rencontrer plusieurs anneaux superposés formant comme une série de diaphragmes d'épaisseur variable. Enfin, dans certaines variétés, heureusement plus rares, la malformation se présente sous la forme d'un véritable conduit de plusieurs centimètres de long. Ce conduit est ordinairement assez irrégulier, et son diamètre n'est pas égal sur toute sa hauteur. Il affecte généralement la forme d'un entonnoir à sommet dirigé vers le haut. On voit que la forme du rétrécissement est capricieuse et dépend du caractère des plaies. En particulier, lorsqu'il s'agit d'une lésion déterminée par des instruments, Weit dit : « Dans les déchirures du vagin, même s'il n'y a pas d'infection, il y a une formation cicatricielle qui n'intéresse pas seulement la muqueuse superficielle, mais aussi les couches profondes du tissu conjonctif. Dans presque toutes ces formes de blessures, suites des mouvements violents imprimés aux instruments, la plaie est plus ou moins annulaire et la cicatrice correspondante devient hélicoïde. Il n'est pas rare, si la plaie est étendue, de voir une oblitération complète du vagin sur un long espace, ou bien formée par une cicatrice annulaire d'une grande dureté et d'une grande étendue. »

La consistance des tissus qui constituent la cicatrice n'est pas toujours la même. La cicatrice peut être souple, et alors

se différencier difficilement des parties voisines au toucher, ou bien résistante, suivant que le processus cicatriciel s'est effectué en milieu infecté ou non. Si le milieu n'est pas infecté, il y a réunion *per primam*, mais s'il est septique, la plaie suppure et il y a formation de tissu fibreux qui augmentera la résistance du rétrécissement et le rendra dur et inextensible.

Les cicatrices ont une épaisseur très variable et se mesurent soit par millimètres, soit par centimètres, suivant que l'on a affaire à une simple bride diminuant le canal vaginal ou à un bloc de tissu compact oblitérant presque complètement le conduit.

La coloration est en rapport avec la densité et l'épaisseur de la cicatrice; les petites brides sont rougeâtres ou grisâtres; les fortes rétractions sont surtout blanchâtres, donnant quelquefois un aspect nacré à leur centre, tandis qu'à la périphérie il existe une teinte violacée.

On peut, dans un même vagin, trouver plusieurs diaphragmes.

L'examen microscopique révèle, dans les cloisons minces, une structure constituée par un accollement de deux muqueuses, séparées par une légère couche de tissu cellulaire; quand l'épaisseur est plus considérable, il y a en plus présence de tissu élastique en quantité variable (Scanzoni).

Le professeur Guyot a fait examiner un fragment de la cicatrice qu'il a extirpé chez notre malade de l'observation VI. Voici les résultats rapportés par le laboratoire :

« La pièce est constituée par une épaisse masse fibreuse, assez homogène dans toute son épaisseur. Elle est formée par des trousseaux fibreux, épais, denses, à structure nettement fibrillaire, ondulée et enchevêtrée. Dans leur intervalle, sont disséminées des cellules fixes, à noyau assez volumineux, très net, et à protoplasma assez réduit et clair. Rarement, on trouve quelques traînées ou quelques amas de cellules un peu plus nombreuses.

» Dans toute l'épaisseur de cette couche fibreuse, les vais-

seaux sont nombreux, béants, et contiennent un assez grand nombre de globules sanguins; les uns ont une coupe arrondie et présentent une tunique musculaire de une ou deux couches de cellules; d'autres sont irréguliers, sans parois propres et tapissés d'un épithélium posé à même le tissu fibreux. Nulle part, on ne voit trace d'inflammation aiguë ou chronique.

» Du côté muqueux, le massif fibreux est tapissé par un revêtement cellulaire pavimenteux parfaitement formé, avec tous les caractères de la muqueuse vaginale normale, sans quantité inusitée de cellules migratrices. L'autre face du massif fibreux présente des lambeaux de tissu musculaire à fibres lisses, dont les cellules sont disposées en tourbillons ou en amas irréguliers. »

C. — *Symptomatologie.*

Les signes du rétrécissement acquis du vagin sont très voisins de ceux de la sténose congénitale, tous deux ayant des symptômes d'autant plus nets qu'ils sont plus serrés. Cependant, ici, l'âge d'apparition des premiers accidents est souvent tardif, et ce n'est pas à une jeune fille ou à une jeune femme que l'on aura affaire, mais à une ancienne accouchée ou à une femme âgée.

Mais il y a deux époques de la vie de la femme où les symptômes sont justement difficiles à connaître : l'enfance et l'âge sénile.

En effet, plus d'une fois des sténoses dont la cause avait été soit un accident, soit une maladie de l'enfance, n'ont été connues qu'au moment de la puberté. On peut alors prendre ces rétrécissements pour congénitaux, car les symptômes de vaginite chez les petites filles étant fugaces, on ne peut se rendre compte de la cause de la sténose, acquise pourtant, et l'attribuer à un accident congénital. Ce qu'il ne faut pas oublier lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de diphtérie, ou de symptômes probables de cette affection, c'est de ne pas négliger l'examen du vagin et de l'urètre, alors même

qu'on n'aurait pas trouvé de fausses membranes sur la muqueuse laryngée, comme dans le cas de Weiss (obs. XX). Tous ces rétrécissements de l'enfance se forment sans qu'on ait pu suivre de près le processus. Il n'y a pas, en effet, de symptômes qui puissent nous indiquer qu'un rétrécissement se crée, du moment que le vagin, qui est l'organe atteint, n'a aucune fonction importante à remplir avant la puberté.

Chez les vieilles femmes en retour d'âge, il arrive, comme chez les petites filles, que des rétrécissements se produisent sans qu'on puisse trouver de symptômes qui les caractérisent. C'est une affection que l'on rencontre chez la plupart des femmes âgées de plus de 60 ans. Décrite par Hildebrandt, c'est la maladie des vieilles femmes que Neugebauer voudrait appeler « *Kolpitis climaterica ulcerosa obliterans* ». Ces rétrécissements siègent la plupart du temps dans la partie supérieure du vagin. Les vieilles femmes supportent en général leur mal, car il ne provoque ni trouble ni douleur d'aucune espèce, et elles ne viennent consulter que lorsqu'elles sont atteintes d'une tumeur cancéreuse ou autre.

Dans le cas où la sténose provient d'un accouchement laborieux, il y a une période assez longue entre les lésions produites par blessures ou contusions et la sténose qu'elles entraînent. Puis des leucorrhées, des pertes de caillots de sang, des métrites, des dysménorrhées, qui vont en s'accroissant depuis l'accouchement, des écoulements purulents fétides, des éliminations de lambeaux tissulaires, se succèdent au niveau des voies génitales; puis tout semble rentrer dans l'ordre. Mais bientôt, au bout de deux mois après l'accouchement, alors que les règles devraient réapparaître avec la même régularité, la même abondance qu'avant, la patiente se plaint de douleurs violentes accompagnant des menstruations minimales, qui vont en diminuant de plus en plus après chaque période pour aboutir à l'aménorrhée si le rétrécissement devient trop serré. Alors peuvent survenir toute une série de symptômes dus à l'accumulation du sang dans la partie du vagin située au-dessus du rétrécissement : troubles

hystériques, maux de tête, sensation de brûlure dans la région de la vessie, douleurs dans les lombes et le haut des cuisses, vomissements, troubles intestinaux. Cependant, la sténose n'est pas toujours aussi serrée, et il peut persister de petites ouvertures par lesquelles le sang s'écoulera, laissant la malade dans l'ignorance de sa lésion.

A côté de ces symptômes, il faut ajouter le coït douloureux ou l'impossibilité de coïter. Les symptômes précurseurs des sténoses produites par d'autres causes que l'accouchement sont, sauf les caractères différentiels que donne la nature de l'accident, semblables à ceux déjà signalés.

Si nous passons aux signes physiques, on peut voir, à l'inspection des organes génitaux externes, si l'infection causale a porté sur l'extrémité inférieure du vagin, une malformation qui résulte de la cicatrisation vicieuse de la vulve. Le périnée est souvent bridé par des bandes fibreuses, la vulve est déformée, les grandes lèvres ou les petites lèvres sont plus ou moins accolées entre elles. Mais le plus souvent la cicatrice siège au-dessus de la vulve et il faut pratiquer le toucher pour trouver les malformations.

Lorsqu'on fait le toucher vaginal, on est frappé par la brièveté du conduit, car l'index est arrêté à une distance plus ou moins grande suivant le siège de la lésion par un rétrécissement qui empêche d'arriver sur le col utérin. Ce rétrécissement peut présenter diverses modalités cliniques. Dans certains cas, il s'agit de brides falciformes, irrégulières, sur lesquelles le doigt vient buter, et si l'on dirige son exploration dans une autre direction, on retrouve la portion supérieure du vagin qui redevient normale. Ces brides sont quelquefois si larges qu'elles forment de véritables cloisons qui segmentent le conduit vaginal en deux chambres d'inégale capacité; ces cavités communiquent ensemble par un orifice qu'il faut parfois chercher avec soin. Dans d'autres cas, l'obstacle a la forme d'un anneau, et c'est après l'avoir franchi que l'on peut explorer la portion supérieure du vagin au fond de laquelle on sent le col. Si le rétrécissement est

cylindrique, le doigt chemine dans un véritable tunnel avant d'arriver sur le col. Dans la plupart des cas, la sténose acquise se présente sous la forme d'une cavité en entonnoir, le calibre du canal diminuant à mesure qu'on avance dans la profondeur.

Vient-on à saisir la cicatrice entre deux doigts : elle forme un cordon dur, non dépressible; et si le tissu cicatriciel est en bandes ou en plaques, ainsi qu'on le rencontre lors des brûlures, on sent un plancher rigide et l'on constate l'absence de dilatation du vagin.

Au spéculum, on aura sous les yeux la cicatrice qui pourra présenter l'aspect d'une plaque, d'une bande ou d'une traînée irrégulière blanchâtre absolument différente de ce que l'on rencontre quand il s'agit de sténoses congénitales où la teinte de toute la muqueuse est semblable.

Si le rétrécissement était si serré qu'il n'admette pas le doigt, on pourrait alors, sous le contrôle de la vue, à l'aide d'un hystéromètre ou d'une bougie de Hégar, se renseigner sur la direction et la consistance du trajet rétréci.

D. — *Diagnostic et pronostic.*

1° Le **diagnostic** des sténoses acquises n'offre, en général, que peu de difficulté, et se trouve le plus souvent établi par la malade elle-même dont elles gênent les fonctions sexuelles. On a, en pareil cas, à considérer le passé de la malade dans lequel on rencontre d'ordinaire des accouchements laborieux, des avortements, des maladies infectieuses, une syphilis même, qui mettront sur la voie du rétrécissement.

En outre, les règles auront cessé de paraître avant l'époque habituelle, ou bien se présenteront avec tous les symptômes de la rétention.

Le toucher vaginal et l'examen au spéculum affirmeront le diagnostic. Le toucher vaginal est parfois impossible, surtout lorsque la voie est obstruée par des cicatrices. Le toucher rectal permettra alors de s'assurer de l'état du col et de la direc-

tion de l'utérus, car quelquefois cet organe peut être tirailé par des brides cicatricielles. On se rendra compte aussi du siège du rétrécissement.

On peut rencontrer, au cours de cet examen, de petites tumeurs dont l'interprétation sera difficile. Il faut songer aux corps étrangers, cause de sténose et pouvant donner idée de tumeur. Si le vagin est dilaté par une accumulation de sang au-dessus de la sténose, l'utérus sera toujours représenté par la petite tumeur que l'on sentira en haut de l'organe distendu.

Dans certains cas, on pourra, en présence d'une étroitesse du conduit génital, se demander si l'on a affaire véritablement à une sténose ou s'il ne s'agit que d'un spasme du vagin : ce diagnostic sera surtout délicat dans le cas où le rétrécissement relève d'une striction du releveur de l'anus anormalement développé; ce sont les commémoratifs, la persistance et la durée des troubles, qui permettront d'éclairer le diagnostic.

Si l'on se trouve en présence d'une femme ayant dépassé depuis longtemps la ménopause, il faut savoir qu'un toucher vaginal trop appuyé peut provoquer un léger écoulement de sang, et qu'il ne faut pas se hâter d'attribuer à cet écoulement une signification fâcheuse. Il peut se faire qu'il s'agisse d'une de ces sténoses séniles dont nous avons déjà parlé; et le doigt rompant les adhérences provoque une dilacération artificielle, cause de cette petite hémorragie qui ne vient donc pas de l'utérus. Il est facile de s'en rendre compte grâce au spéculum : on voit alors que ce sont les parties décollées qui laissent perler, par toute leur surface libérée, des gouttelettes de sang, constituant cette hémorragie « en rosée » dont nous parle Fiolle (obs. X).

Mais l'erreur plus grave serait de laisser passer inaperçu un cancer du col, dans le cas où il coexiste avec une sténose. Le diagnostic devient alors délicat à poser, comme c'est le cas pour notre observation VII inédite. Il est évident que le rétrécissement rendra l'examen du col, la biopsie, les applications ultérieures de radium, très difficiles.

Si, par un examen attentif, il est assez facile de reconnaître un vice de conformation du vagin, il n'en est pas toujours ainsi quand il s'agit de savoir si l'anomalie est acquise ou congénitale. Dans la plupart des cas, cependant, la chose est possible s'il existe des accidents traumatiques ou infectieux; mais quelquefois, soit que la maladie infectieuse soit passée inaperçue, soit que la femme ne veuille pas renseigner le médecin (avortement criminel, par exemple), on est obligé de se baser sur l'examen pour établir son diagnostic étiologique.

Ordinairement, le rétrécissement acquis est irrégulier, ses parois sont rugueuses et inégales, et au spéculum on retrouve des vestiges de cicatrices qui tranchent par leur couleur sur le fond de la muqueuse vaginale. Mais quelquefois, il s'est produit des décollements et des déchirures de la paroi qui se sont cicatrisés en formant des cloisons longitudinales ou transversales. C'est alors qu'on peut prendre cette forme de sténose pour des anomalies congénitales. Cependant, dans les cloisons congénitales, la muqueuse vaginale présente partout le même degré de régularité et de souplesse; s'il existe des brides, le bord saillant en est mince et élastique; les tissus qui forment les rétrécissements acquis ne se ramollissent jamais autant que le tissu sain, aussi ils sont beaucoup plus fermes et plus résistants.

2° Pronostic. — Le pronostic est très variable et dépend d'abord du degré de sténose. Si le rétrécissement est assez large, les règles trouveront une voie d'écoulement et aucun accident de rétention n'est à craindre s'il n'y a pas de modifications.

Mais il est des cas dans lesquels le conduit, réduit à une simple fente, parfois non perméable, donne lieu à des complications redoutables. Suivant le siège, on peut avoir : soit un hémato-colpos correspondant aux lésions vaginales bas situées, soit une hématométrie, et même un hémato-salpinx correspondant aux lésions haut situées, et dont la rupture condamnerait la malade presque certainement.

Du degré d'extensibilité de la sténose dépendra la fonction sexuelle et l'accouchement ultérieur.

E. — *Observations.*

OBSERVATION VI.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme P... (Marie), 30 ans, lisseuse, vient à la consultation de gynécologie de l'hôpital André-Boursier le 21 janvier 1930, parce qu'à la suite d'un gros traumatisme obstétrical, subi quelques mois auparavant, les rapports conjugaux sont devenus progressivement de plus en plus douloureux, de plus en plus difficiles et finalement impossibles.

A l'examen, on voit qu'il s'agit d'une femme floride, robuste, grande, ayant quelques tendances à l'adiposité. La simple inspection des organes génitaux ne révèle rien, mais le toucher vaginal, impossible à deux doigts, douloureux à un seul, montre sur la paroi antérieure du vagin, tout près de l'orifice vulvaire, un hémidiaphragme transversal à concavité regardant en bas et qui est constitué par une bride cicatricielle incomplètement circulaire. Le doigt franchit difficilement ce rétrécissement, perçoit encore une petite bride en arrière et arrive sur un col qui paraît normal. La cause de cette lésion est facile à reconnaître : on voit, en effet, dans les antécédents de la malade, qu'elle a été accouchée, cinq mois auparavant, le 15 août 1929, de son premier enfant, par un médecin non spécialisé qui aurait pratiqué 17 applications de forceps sur une présentation du siège et extrait un enfant mort.

En faisant la part de l'exagération dans l'histoire racontée par la malade, il est bien évident qu'elle a subi à ce moment un traumatisme obstétrical très sérieux auquel il faut faire remonter cette lésion cicatricielle évoluant vers un rétrécissement progressif. On décide d'en tenter la cure opératoire.

Intervention le 31 janvier 1930 par M. le Professeur Guyot sous anesthésie générale au Schleich.

Premier temps : Débridement vaginal bilatéral à la Schuchardt donnant accès sur la bride transversale.

Deuxième temps : Incision transversale en avant de la bride jusqu'au plan de clivage qui permet assez facilement de la séparer de la vessie.

Troisième temps : Excision de la cicatrice et suture vaginale à points séparés, de façon à obtenir une cicatrice transversale.

Quatrième temps : Suture antéro-postérieure au catgut et aux crins des deux débridements latéraux.

On place ensuite une mèche goménolée vaginale et une sonde de Petzer dans la vessie.

Les suites opératoires sont tout à fait favorables, sans la moindre hyperthermie. On fait des pansements quotidiens au goménol, suivis de l'introduction d'une mèche vaginale iodoformée. Les crins des incisions latérales sont enlevés le sixième jour, la sonde de Petzer le huitième, et la malade est purgée le neuvième.

Le 25 février 1930, c'est-à-dire le vingt-cinquième jour, les cicatrices des deux débridements latéraux de la vulve sont presque invisibles; au niveau de la cicatrice vaginale excisée, il reste encore une surface cruentée; on cautérise au nitrate d'argent et on tasse une compresse pour exercer une dilatation partielle permanente. On fait ensuite trois séances de dilatation aux bougies de Hégar, en commençant par le n° 20, la seule admise au début.

Le 10 mars, soit quarante jours après l'opération, la guérison est complète. Il ne reste plus de surfaces qui ne soient complètement cicatrisées; le vagin admet facilement deux doigts. On ne sent plus qu'une toute petite zone cicatricielle en haut et à gauche. Le col, abaissé, est collé contre la paroi antérieure du vagin: l'orifice cervical n'est pas nettement perceptible, mais il est évidemment perméable, puisque cette jeune femme a été réglée normalement depuis son intervention, sans retard ni douleurs. Elle est même devenue enceinte, et sa grossesse se poursuivait normalement quand nous l'avons perdue de vue.

De l'histoire de cette malade, il résulte qu'une vaginoplastie

simple a permis de l'améliorer considérablement au point de vue fonctionnel, mais il reste quand même à formuler quelques réserves sur son avenir obstétrical, vue la position de son col ainsi fixé.

OBSERVATION VII (Inédite).

(Service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme B... (L.), 67 ans, cultivatrice; entre au Centre anticancéreux de Bordeaux le 13 décembre 1934 pour métrorragies.

Sa ménopause date de dix-sept ans : elle avait alors 50 ans. Depuis cette époque, elle a toujours eu des pertes blanches en petite quantité, n'empesant pas le linge, n'ayant guère d'odeur. Les caractères de ces pertes ne se sont pas modifiés jusqu'à l'âge de 64 ans. Pendant toute cette période, la patiente n'a pas consulté de médecin; elle se bornait simplement à procéder à de rares injections vaginales d'eau bouillie. C'est donc il y a seulement trois ans, en 1931, que la malade s'aperçoit de la transformation de ses pertes, sinon au point de vue quantité et rythme, tout au moins au point de vue morphologique : elles sont rosées, laissant sur le linge, qu'elles souillent, une tache circulaire avec un anneau périphérique rose et un centre d'abord encore nettement blanchâtre, mais qui tend de plus en plus vers une teinte jaunâtre. L'odeur n'en a guère varié. La malade ne signale pas d'hydrorrhée. Elle n'est pas encore obligée de porter une garniture.

C'est à ce moment que la malade a commencé à souffrir et à présenter des douleurs dans la région lombaire, bilatérales, de faible intensité, s'irradiant fréquemment vers la face postérieure des cuisses. Les années 1932 et 1933 ne présentent à signaler qu'une légère accentuation du volume des pertes. Vers la fin de l'année 1933, elles prennent une odeur franchement nauséabonde.

Au début de février 1934, la malade s'aperçoit que les pertes tachant sa chemise deviennent fortement colorées, puis nettement rouges, sanglantes, survenant spontanément, mais plus particulièrement cependant après un effort; c'est à partir de ce moment que la malade prend l'habitude de « se garnir ».

Les métrorragies, de petite quantité, alternent d'abord avec la leucorrhée légèrement hémorragique préexistante. Puis, à partir de fin mars 1934, la malade n'a plus que des pertes franchement hémorragiques, tantôt minimales (colorant le linge aux dimensions d'une pièce de 1 franc), et tantôt plus abondantes.

Les douleurs n'ont guère gagné en intensité; c'est le plus souvent, après un travail un peu pénible et prolongé, une sorte d'endolorissement diffus des lombes.

Et, à la fin octobre 1934, lorsque la malade va, pour la première fois, consulter un médecin, le tableau clinique ne s'est guère modifié depuis quatre ou cinq mois. Cependant, de plus en plus, la malade éprouve un affaiblissement, une perte générale des forces, sans localisation bien particulière, fatigue générale qui lui interdit peu à peu la partie la plus dure de sa besogne journalière.

Un fait, enfin, doit être noté : au cours du mois de septembre 1934, raconte la malade, la canule en verre qu'elle utilisait pour ses injections vaginales bihebdomadaires ne pouvait pénétrer, certains jours, aussi profondément que par le passé. La malade, par peur de la souffrance, n'osait pas forcer (si on essaie de lui faire préciser ce détail, qu'elle a signalé spontanément, on apprend que la canule, au lieu de pénétrer dans le vagin jusqu'à 8 centimètres, s'arrêtait à 4 ou 5 centimètres). C'est depuis quinze à dix-huit mois que la malade n'a plus de rapports. Auparavant, depuis un an environ, dit-elle, les rapports devenaient de plus en plus douloureux, et c'est pour cette raison que la malade oppose depuis lors un refus aux instances pressantes de son mari. Le médecin consulté, après un examen gynécologique sommaire, lui conseille instamment de se rendre à la consultation du Centre anticancéreux de Bordeaux. Elle attend cependant un mois et demi, que son mari, traité au Centre pour épithélioma de la face dorsale de la main, ait terminé son traitement curiethérapique.

Dans ses antécédents, il n'y a rien à signaler. Régliée à 17 ans. Mariée à 30 ans. Cinq grossesses, dont une fausse couche.

Examen. — Abdomen parsemé de petits nævi pigmentés, agminés, de coloration rouge vif. La paroi abdominale se montre, à la palpation, de faible épaisseur, et il semble difficile de délimiter

le corps utérin, malgré qu'il n'y ait pas de globe vésical. On ne sent aucune tumeur. Pas de point ovarien. Portant ensuite plus spécialement du côté des organes génitaux, l'inspection montre une vulve normale. On fait pousser la malade : il ne semble pas y avoir d'ébauche de prolapsus utérin. Mais cette manœuvre met en évidence un aspect particulier des parois vaginales : le vagin se montre en effet, dans sa partie ainsi visible, recouvert d'une muqueuse rouge vif, d'aspect vernissé, qui ne saigne pas spontanément, ni au contact.

Le toucher vaginal permet de pénétrer dans un vagin de petites dimensions, mais qui, au bout de 2 centimètres environ, se transforme en une sorte d'entonnoir dont le diaphragme externe, de 4 centimètres de diamètre environ, mobilisable en tous sens, est franchi sans difficulté aucune par le doigt, qui, au bout de 3 à 4 centimètres, vient buter sur l'orifice interne de cet entonnoir. Les parois en sont souples, mobiles, indolores.

Le toucher rectal, pratiqué seul, et combiné au palper abdominal, permet de localiser un segment ano-rectal normal, servant surtout à préciser la position nettement déviée à gauche du corps utérin. L'examen du vagin avec de petites valves montre que l'aspect rouge vernissé de la muqueuse ne va guère au-delà de l'orifice externe de l'entonnoir déjà décrit. Cet examen permet d'introduire un hystéromètre au niveau de l'extrémité interne de l'entonnoir vaginal; il pénètre facilement, pour s'arrêter à 8 centimètres. Les troubles fonctionnels actuels ne diffèrent guère de ceux déjà décrits. La douleur lombaire sourde est presque continue. Les métrorragies sont le plus souvent de peu d'abondance.

L'examen des différents appareils ne nous donne aucun autre renseignement. L'examen du sang nous donne : Hémoglobine, 85 p. 100. B.-W. négatif. Hématies, 4.500.000. Il n'y a pas de température.

Le 16 décembre, à 10 heures, on place une laminaire n° 15 dans le trajet mis en évidence par l'hystéromètre. On la remplace le lendemain matin par le n° 17, que l'on retire le 18 décembre, à 5 heures. La laminaire se montre d'un diamètre de 1 cm. 5 environ avec, à 2 centimètres de son extrémité externe, un léger rétré-

cissement correspondant au petit orifice contre lequel le doigt vient buter, et, d'autre part, à 1 cm. 5 de son extrémité interne, un net étranglement est visible.

Le toucher vaginal alors pratiqué permet d'explorer au-delà de l'arrêt trouvé au premier examen : dans cette nouvelle petite cavité vaginale, on perçoit à peine (?) le col haut placé.

Nous concluons que nous avons affaire à un rétrécissement vaginal sénile, avec lésion utérine sus-jacente, de nature néoplasique probable, de localisation imprécise toutefois : col ou plus probablement corps.

Le 15 décembre 1934, mise en place d'une laminaire n° 9 au niveau de l'orifice du fond du vagin; le 16 décembre, on la remplace par le n° 15. Le 18 décembre, mise en place de 2 lamineuses côte à côte n° 15. Cette thérapeutique suffit pour faire complètement disparaître, sans incident, le rétrécissement vaginal. L'examen aux valves montre alors, au niveau de l'orifice externe du col utérin, un bourgeon saignant, semblable à un polype utérin accouché par le col. On fait un prélèvement biopsique à ce niveau. L'examen du Professeur Sabrazès donne le résultat d'ectasie glandulaire; pas d'épithélioma.

L'hystérectomie est proposée à la malade, qui la refuse. Exeat le 10 janvier 1935. Les petites métrorragies ont complètement disparu depuis les dilatations aux lamineuses.

OBSERVATION VIII.

(Louis CLEISZ et DALSACE, Soc. d'obst. et gyn., Paris, juin 1934.)

Coalescence du vagin après accouchement. — Traitement par éffluves de haute fréquence. — Guérison.

Mme V... présentait, avant son accouchement, une vaginite granuleuse avec pertes verdâtres. Elle accouche normalement, et les suites sont bonnes. Vingt jours après son accouchement, la malade vient consulter à l'occasion d'un rapport impossible. La sage-femme note, à l'inspection, une occlusion à peu près complète

de la vulve : aucun toucher n'est pratiqué. Nous voyons alors la malade à Saint-Antoine.

Cette jeune femme présente, en effet, une véritable coalescence des parois du vagin. Un stylet peut à peine être introduit sur une longueur de 2 centimètres. Une tentative très douce d'ouverture de la vulve est impossible et détermine de violentes douleurs. On propose à la malade de lui faire une réfection vulvo-vaginale, mais, devant son attitude hostile, nous demandons au Professeur Gosset son avis. Celui-ci avait déjà vu un cas analogue, chez qui une réfection chirurgicale du vagin fut suivie d'une nouvelle oblitération. Il nous conseilla de tenter une dilatation par les effluves de haute fréquence avec l'électrode de Mac Intyre.

La première séance eut lieu le 28 mars 1933. Nous dûmes utiliser une électrode à col utérin. Au cours des séances suivantes, nous pûmes introduire une électrode conique. Dans la troisième séance, la dilatation était presque complète. Chaque séance était suivie d'un pansement vaginal à l'huile goménolée.

En même temps que le traitement diathermique, nous avons pratiqué une série de 12 injections sous-cutanées d'éther benzyl cinnamique dont Gosset et Gutmann ont montré les bons effets dans le traitement des adhérences.

A partir du 28 avril 1933, les séances de diathermie ne sont absolument plus douloureuses, on ne constate plus la moindre hémorragie, et les rapports sexuels peuvent reprendre sans inconvénients.

OBSERVATION IX.

(J. FIOLE, Société de chirurgie de Marseille, oct. 1931.)

Une dame de 65 ans, sans antécédent pathologique génital, vient me consulter parce qu'elle craint, sans motif précis, d'ailleurs, d'avoir une tumeur utérine. Je lui demande avant toute chose si elle n'a jamais eu de pertes rouges ou rosées : Jamais, répond-elle catégoriquement. J'insiste, mais la malade est absolument affirmative. Elle s'est observée très exactement et n'a rien vu de

tel. Aussi est-elle un peu surprise quand, ayant fait un toucher, je lui montrai mon index rouge de sang. Ma surprise était moins grande, car voici ce qui s'était passé. De prime abord, je n'avais pas bien senti le col. Il était enfoui à l'extrémité supérieure du vagin, laquelle, ainsi que chez beaucoup de femmes de cet âge, se rétrécissait en cône et se refermait presque entièrement vers le haut. Cette disposition est bien connue, et je n'en étais point surpris. Mais voici qu'en insistant un peu, j'ai l'impression que je dégageais progressivement le col. Entre sa face externe et le vagin, je sentais se tendre sous la pression et craquer progressivement une multitude de fibrilles à ténuité extrême. Imaginez un réseau de minuscules cordages de soie se laissant effondrer par une pression modérée. J'arrivai ainsi à libérer entièrement le col. Au spéculum, après tamponnement, la face externe du col et le dôme vaginal apparaissent rouges, piquetés de points laissant sourdre une rosée de sang. Nous ne devons pas avoir affaire ici à une simple « involution sénile »; le caractère des *adhérences* évoque plutôt une idée d'inflammation. Une infection chronique banale associée à des facteurs inconnus semble être l'explication la plus satisfaisante.

OBSERVATION X.

(J. FIOLE, Société de chirurgie de Marseille, 22 mai 1932.)

Mme X..., 62 ans, vient me consulter parce qu'elle a des pertes jaunâtres, sans aucune trace de sang. C'est une femme robuste. Elle a eu trois enfants et deux avortements. Il y a douze ans qu'elle n'est plus réglée et n'a jamais observé depuis le moindre suintement sanglant; elle est formelle à cet égard.

A l'examen, on aperçoit un ectropion de la muqueuse du méat urétral. Le vagin est normal dans ses parties basses et moyennes. Mais, en haut, il est presque totalement fermé, et il est absolument impossible de sentir le col. La paroi vaginale antérieure adhère à la paroi postérieure, et le doigt vient buter dans une sorte de dôme très régulier.

En explorant avec attention, on s'aperçoit qu'à droite et à gauche

il existe cependant un passage libre, mais fort étroit. C'est, en somme, la disposition exacte que nous trouvons chez les femmes à qui on a fait une opération de Le Fort pour prolapsus, sauf que le cloisonnement du vagin siège ici à la partie tout à fait haute de celui-ci.

La ressemblance était si grande que j'ai demandé à Mme X... si elle n'avait jamais eu d'opérations pour prolapsus, et elle a répondu qu'elle n'avait jamais consulté de médecin avant les petits troubles actuels. J'ai tenu à pousser plus loin mes observations en essayant de dégager le col plus ou moins atrophié et masqué par l'accolement vaginal. J'ai pu agrandir les deux canaux latéraux par dislocation avec la pulpe de l'index, et il est probable que j'aurais pu arriver à séparer plus complètement les muqueuses accolées. Mais la femme se plaignait, et, de plus en plus, la séparation, comme dans le cas précédent, faisait saigner les tissus. Sachant que, de toutes façons, la fusion se reproduirait, je m'en suis tenu là, après avoir constaté, au spéculum, que le sang perlait en rosée des surfaces séparées l'une de l'autre.

Cette observation concorde avec la précédente pour montrer que l'atrophie sénile du haut vagin se produit par un processus d'adhérences.

OBSERVATION XI.

(J. FIOLE, Soc. d'obst. et de gynéc. de Marseille, juin 1932.)

Il s'agit d'une femme qui a eu, il ya plus de vingt ans, un accouchement sans autre incident qu'une déchirure périnéale. Cette grossesse a été unique. Plusieurs années après (elle ne peut préciser davantage), on aurait constaté un commencement de sténose vaginale haute. Actuellement, les règles sont un peu irrégulières, plutôt abondantes, non accompagnées de douleur ni même de gêne. Les rapports sexuels sont faciles et indolores. Au toucher, on perçoit, vers le haut du vagin, l'existence d'un diaphragme irrégulier, qui se laisse encore dilacérer vers la droite, mais au prix de vives douleurs et de saignement. Par l'orifice central, on peut passer le bout de l'index et sentir le col, qui paraît normal, ainsi

que le corps utérin et les annexes. Ici, nous ne sommes plus en présence d'un simple accolement : une fibrose encore peu intense mais indubitable s'oppose déjà fortement au dégagement du col. C'est le second stade de la lésion qui commence. Mais comme cette lésion a débuté il y a dix ans au moins, il me paraît fort probable qu'elle a dû être d'abord beaucoup plus plastique, susceptible d'être modifiée par un traitement qu'on eût commencé en temps opportun. J'ai refusé naturellement d'intervenir : l'âge de la malade, son mauvais état général, le fait que les adhérences doivent se reproduire une fois qu'on les a détruites, tout cela m'a fait rejeter l'idée d'opération.

OBSERVATION XII.

(PETIT, *Rev. franç. de gynécol. et d'obst.*, nov. 1932.)

Réfection d'un vagin par greffe de deux prépuces.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, qui, pour interrompre une grossesse, prit une injection d'eau bouillante additionnée de moitié d'ammoniaque. Elle eut une épouvantable brûlure de toute la muqueuse vaginale, qui s'élimina sous forme de grandes escarres blanches.

Un médecin fit donner des injections antiseptiques et mettre des pommades. Le médecin qui l'a vue en dernier lieu écrit après l'examen : « J'ai eu l'impression suivante : le col utérin est fusionné avec la paroi vaginale, et la rétraction cicatricielle l'a descendu au voisinage de la vulve. » La malade fait une fausse couche de quatre mois en mai 1921.

A 2 centimètres environ en avant du col, on trouve une cicatrice vaginale rétractée, donnant un diaphragme percé d'un orifice qui n'admet pas la pulpe de l'index. Seule une sonde urétérale en gomme peut passer et montre que le trajet allant vers le col est sinueux.

Les tentatives de dilatation étant restées infructueuses, les efforts et les poussées expulsives n'amenant pas d'assouplissement, il fal-

lut recourir à deux débridements latéraux de cette sorte de diaphragme. Lorsque l'utérus fut évacué, on essaya vainement d'assouplir les cicatrices et de maintenir le plus possible la dilatation vaginale.

En novembre, l'état était le suivant : le toucher vaginal est impossible; on ne peut introduire qu'une sonde urétérale en gomme; un stylet ne passe pas en raison du trajet sinueux; les parois cicatricielles rétractées sont dures comme du bois; par le toucher rectal, on perçoit cependant le col utérin et la cloison mobile sur lui. En somme, tout le vagin n'est qu'une colonne de tissu inodulaire, dur comme un manche à balai.

La malade souffre du bas-ventre; elle est extrêmement gênée pour s'asseoir et pour marcher.

Pressé par la malade et son entourage de tenter d'améliorer cet état, je pris le parti d'enlever, aussi complètement que possible, tout le tissu cicatriciel de brûlure et de réparer cette ablation par des greffes. Restait à fixer où seraient prises les greffes. Il fallait en effet des téguments répondant à certaines conditions : finesse, souplesse, élasticité, extensibilité. Il fallait, d'autre part, des téguments glabres. Il fallait que la greffe formât un tube avivé à sa surface externe.

Je pensai alors à utiliser un prépuce d'adulte. En effet, après une circoncision, on dispose d'un manchon de peau fine, souple, élastique, glabre, doublée en dedans d'une muqueuse dermopapillaire, bien voisine, comme origine métamérique et comme constitution histologique, de la muqueuse vaginale. Il était possible, par dissection, de séparer cette muqueuse doublée des téguments cutanés du prépuce et d'avoir ainsi un cylindre à greffer plus long et avivé à sa face externe en le retournant. Je m'assurai de deux circoncisions à faire simultanément, après avoir vérifié que les réactions de Wassermann des donneurs étaient négatives.

J'incisai du côté vulvaire, autour du tissu scléreux inodulaire, que je disséquai et enlevai comme une tumeur. J'aperçus enfin nettement le col, dont la muqueuse ne semblait pas altérée. La plaie fut tamponnée par une compresse bien imbibée de sérum de cheval chauffé, pendant que je faisais les deux circoncisions.

Je dédoublai les deux prépuces, comme il a été indiqué plus haut. Après les avoir retournés, je sectionnai une portion circulaire de la partie muqueuse du second prépuce, que je retournai également, face avivée en dehors. Je réunis par quatre points de catgut fin cette portion de cylindre au cylindre formé par le premier prépuce qui se présentait aussi, face avivée en dehors. Quatre points de suture fixèrent la partie cutanée du premier prépuce dans les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéraux avivés. Quatre points de suture fixèrent de même l'extrémité inférieure du manchon muqueux aux bords avivés de l'incision vulvaire. La nouvelle cavité vaginale est remplie de gaze imbibée de sérum de cheval chauffé pour stimuler la vitalité des tissus. Cette gaze n'est pas trop tassée, juste de façon à bien appliquer la surface avivée du transplant au contact des tissus avivés par l'ablation du tissu cicatriciel. Pansements vulvaires qui sont changés tous les jours. Le dixième jour, on enlève la mèche. Les transplants sont bien en place.

La greffe a parfaitement pris en totalité, si bien que la malade a pu se marier.

OBSERVATION XIII.

(GUILLEMIN et LOUYOT, Soc. obst. et gynéc. de Nancy, janv. 1928.)

Brides cicatricielles du vagin.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, mariée depuis plusieurs années qui vient consulter parce qu'elle s'étonne d'une stérilité qui la désespère. L'examen permet de constater la présence d'une bride transversale située à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du vagin, percée en son milieu d'un orifice à bords minces n'admettant pas l'index. Rien jusqu'à ce jour n'avait fait soupçonner la malformation, les règles étaient normales, les rapports seulement un peu gênés.

On sectionne cette cloison par trois incisions et l'on constate qu'elle va en s'épaississant du bord à la périphérie jusqu'à atteindre 1/2 centimètre d'épaisseur à son point d'implantation. Le col utérin normal, mais sténosé et long, fut dilaté.

Les suites furent normales.

OBSERVATION XIV.

(D^{SS}E FORGET-UNION, de Poitiers, Soc. de gynéc. et d'obst.
de Bordeaux, déc. 1925.)

*Coalescence des parois vaginales à la suite du port prolongé
d'un pessaire.*

Il s'agit d'une femme de 72 ans, qui, depuis huit ans, porte un pessaire qui n'a jamais été changé. Au toucher et au spéculum, on constate que le tiers environ de l'anneau est accessible, les extrémités visibles disparaissant dans deux couloirs latéraux. Le fond actuel du vagin, profond de 4 à 5 centimètres, est constitué par l'accolement des parois antérieure et postérieure au niveau d'une ligne transversale paraissant à peine cicatricielle et large de 4 centimètres environ.

La cloison ainsi constituée paraît épaisse et solide; les extrémités du pessaire s'enfoncent dans un véritable tunnel dont on ne peut déterminer la profondeur. La muqueuse ne paraît pas enflammée; la malade accuse une légère gêne, surtout dans la position assise, et quelques légères pertes blanches. Le morcellement du pessaire est proposé, mais la malade, pusillanime, préfère rester dans le *statu quo*.

OBSERVATION XV.

(A. COUPUT, Soc. d'obst. et gynéc. de Paris, 6 juin 1925.)

*Oblitération cicatricielle complète du vagin
d'origine gonococcique probable.*

Thi Ai..., âgée de 28 ans, entre à la maternité de l'Hôpital de Hué en février 1924. Elle nous dit être enceinte de six mois environ et donne comme motif de sa venue une occlusion complète de l'orifice vulvaire, qui remonterait à trois mois environ. Antérieurement, elle était, affirme-t-elle, constituée normalement. Les rapports étaient faciles et un accouchement trois ans auparavant s'était effectué sans difficultés.

Au début de la grossesse actuelle, elle aurait eu des pertes blanches très abondantes. Vers le troisième mois, ses pertes disparurent, mais elle constatait, au retour de son mari, absent depuis une quinzaine de jours, que les voies vaginales étaient oblitérées.

L'examen de la région génitale confirme les dires de la malade. L'orifice vulvaire est fermé complètement par un diaphragme de couleur rosée, élastique, de la dimension d'une piastre environ. Au milieu de cette membrane, on aperçoit une fossette qui semble communiquer par un pertuis avec le vagin. Explorant avec un stylet très fin, nous tombons dans un cul-de-sac. Nous incisons cette membrane d'un coup de ciseau circulaire. L'examen de sa paroi postérieure nous montre qu'il n'y avait, en effet, aucun orifice.

Au toucher : col et vagin normaux. La pièce est envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique. Le Docteur André Léger, qui a bien voulu l'examiner histologiquement nous répond : « Fragment de tissu cicatriciel jeune. »

Un examen des sécrétions vaginales a montré la présence de gonocoques. Cette observation est intéressante au point de vue histologique; ce n'est pas un hymen; les affirmations très nettes de la femme (qui a eu un enfant), l'examen histologique, écartent cette hypothèse. Il nous paraît certain qu'il s'agit d'une néo-formation inflammatoire, probablement gonococcique.

OBSERVATION XVI.

(Prof. SERDUKOFF, médecin de l'Institut gynécologique de Chelapoutine, de l'Université de Moscou, *Gyn. et obst.*, 1923.)

Un cas d'oblitération des deux tiers supérieurs du vagin après une pneumonie.

Malade de 49 ans ayant eu, un mois auparavant, une pneumonie lobaire typique. Mariée depuis un an et demi. Stérile, mais avait toujours un coït normal. Au moment où le Professeur Serdukoff la voit, le coït n'était plus possible par suite de douleurs atroces

et d'un obstacle mécanique. Menstruation régulière depuis sa seizième année. Après la pneumonie, pas de règles pendant six semaines. A l'examen, on peut introduire le doigt par le vagin à 3 cm. 25; plus profondément, on trouve un cul-de-sac, par suite d'un accolement des parois supérieure et inférieure qui s'oppose à toute pénétration au-delà. Au fond de ce cul-de-sac, à droite et à gauche, on constate la présence de deux orifices, le droit un peu plus court, le gauche un peu plus long; par ce dernier, on arrive à introduire une sonde qui pénètre dans le canal cervical à 8 centimètres.

Par le rectum, on peut palper les deux tiers supérieurs du vagin, soudés, en forme d'un ligament dense. L'utérus est atrophié et dévié à gauche par les ligaments ronds raccourcis.

OBSERVATION XVII.

(HILLEBRAND, *Rivista d'ostetricia e ginecologia Pratica*,
janv. 1922.)

Un cas d'atrésie partielle du vagin secondaire à une infection puerpérale

Il s'agit d'une femme de 28 ans, qui, après accouchement à terme d'un fœtus mort, présenta pendant sept semaines de l'incontinence d'urine sans fièvre. Puis la miction volontaire s'est rétablie, mais la malade se plaint toujours de brûlures en urinant. Quelques semaines après l'accouchement, le mari essayant de pratiquer le coït ne peut y parvenir et ce à cause d'un rétrécissement du vagin. Pour ce motif, il l'adressa à l'hôpital aux fins d'examen et d'opération éventuelle. On constate à l'examen des déchirures cicatrisées très irrégulières des petites lèvres; l'entrée du vagin est rigide, infundibuliforme. Il n'existe plus, à proprement parler, de lumière vaginale, et au fond de l'entonnoir on n'aperçoit que le méat urétral très dilaté. Après dilatation de l'urètre avec les bougies de Hégar, on peut pratiquer le toucher intravésical, lequel, combiné au toucher rectal, montre qu'en avant de l'utérus le vagin est

complètement remplacé par le tissu fibreux. Dans ces conditions une vaginoplastie fut pratiquée par le Docteur Bisogno avec succès.

Il s'agissait d'une atrésie de la partie antérieure du vagin, qui avait englobé, dans son processus cicatriciel, jusqu'au sphincter urétral, ce qui explique l'incontinence d'urine des premières semaines, puis l'urètre et son sphincter s'étant adaptés à leur nouvelle condition, l'incontinence cessa.

L'opération fut ici rendue facile par la conservation d'une étendue suffisante de muqueuse vaginale saine.

Ce cas se rapporterait probablement à un grave processus d'ulcération nécrosante de l'entrée du vagin, consécutive à un accouchement septique.

OBSERVATION XVIII.

(MATHIEU et LAFLOTTE, Soc. d'obst. et de gynéc. de Nancy, mai 1922.)

Oblitération cicatricielle d'un cul-de-sac vaginal à la suite de l'emploi de caustique de Filhos.

Femme de 36 ans, soignée en 1910 pour métrite et traitée à cette époque pendant un mois par des applications de caustique de Filhos, faites tous les deux jours. Pendant une application, la pointe du crayon s'est cassée et a disparu; elle ne fut retrouvée que dix minutes après. Deux autres cautérisations sont faites après cet incident.

La leucorrhée cesse; mais les règles, jusque-là indolores, deviennent de plus en plus douloureuses pendant les deux jours qui les précèdent, obligeant chaque fois la malade à cesser son travail. La douleur cesse dès que l'écoulement est installé.

En 1916, dilatation du col par des lamineaires. Sédation immédiate de la douleur. Cette amélioration persiste pendant les années suivantes. En 1921, cette femme, veuve depuis 1914, a de nouveaux rapports : ceux-ci sont très douloureux, et la dysménorrhée réapparaît; elle entre alors dans le service. Au toucher vaginal : col légèrement dévié à droite. Les culs-de-sac sont libres, sauf le droit, qui est occupé par une cicatrice serrée allant du bord externe du

col à la paroi vaginale, comblant tout le cul-de-sac. L'examen au spéculum confirme ces résultats : on constate une vaste bride cicatricielle allant de l'orifice externe du col et comblant toute la partie droite du dôme vaginal.

Intervention le 23 mars 1922. La bride est sectionnée d'abord horizontalement à sa partie postérieure, puis verticalement, le long du bord externe du col. Le doigt pénètre ensuite dans un plan de clivage représentant le cul-de-sac oblitéré, et l'on parvient à reconstituer un cul-de-sac. Tamponnement de cette nouvelle cavité, reconstituée et cruentée, à l'aide d'une longue mèche serrée et imbibée d'huile goménolée. Le 31 mars, débridement aux ciseaux du cul-de-sac néoformé, car la cicatrisation tend encore à ramener le col vers la droite. Columnisation. Aux règles suivantes, les phénomènes douloureux ont disparu.

OBSERVATION XIX.

(VIANNAY, *Revue de gynécologie*, 1903.)

Cloisonnement transversal incomplet de l'extrémité supérieure du vagin.

R... (Joséphine), 36 ans. Excellente santé dans l'enfance. Première menstruation à 15 ans. Pendant deux ans, les règles furent normales et ne s'accompagnèrent d'aucune douleur. A 17 ans, scarlatine grave. Depuis cette époque, dit la malade, sont apparus des troubles dysménorrhéiques survenant d'abord toutes les trois ou quatre époques, et actuellement chaque mois. Aucun changement appréciable n'est survenu dans ces troubles après le mariage. Mariée à 29 ans, cette femme n'a jamais été enceinte. Depuis deux ans, les troubles menstruels que nous allons décrire se reproduisent à peu près régulièrement chaque mois.

Un ou deux jours, quelquefois une semaine avant chaque menstruation, cette femme souffre du ventre, a des bouffées de chaleur au visage. Puis un léger écoulement se produit, rose plutôt que rouge. Au bout de quelques heures cet écoulement s'arrête, et la

malade est prise alors de violentes douleurs dans le bas-ventre s'accompagnant de névralgies et de spasmes dans la moitié droite de la face et souvent de vomissements. Puis la malade tombe dans un état comateux, perd complètement connaissance, écume quelquefois, dit-elle, mais ne croit jamais s'être mordue la langue.

Opération le 24 juin. Une valve postérieure étant introduite pour maintenir béante la portion inférieure, large, du vagin, on donne à droite et à gauche, les doigts de la main gauche servant de conducteurs, un large coup de ciseaux dans le sens vertical sur le diaphragme vaginal. On incise ainsi toute l'épaisseur de la muqueuse et de la sous-muqueuse jusqu'à ce que ce double débridement ait rendu au vagin son calibre normal. Le diaphragme vaginal n'a pas l'aspect cicatriciel; il paraît complètement constitué par un repli de la muqueuse adossée à elle-même, avec un peu de tissu conjonctif et peut-être de tissu musculaire entre les deux feuillets muqueux. Tamponnement serré pour l'hémostase et pour maintenir béantes les incisions vaginales qui devront se cicatriser par seconde intention.

Suites opératoires : le 29 au soir, les règles apparaissent sans le cortège des douleurs habituelles.

OBSERVATION XX.

(Dr WEISS, *Prag. Med. Woch.*, 1878.)

Atrésie vaginale à la suite de diphtérie primaire du vagin.

Pendant une épidémie pernicieuse de diphtérie, une enfant de 7 ans fut prise de fièvre violente. Comme je ne trouvais pas de maladie locale, je pensai à la diphtérie; mais l'examen de la gorge et du larynx ne donna aucun résultat, et j'avoue que je n'eus pas l'idée d'examiner les organes génitaux dès les premiers jours.

Le quatrième jour, la fièvre atteignit 41°8, sans exanthème ni manifestation locale aucune. J'eus alors l'idée d'examiner les organes génitaux, l'enfant y portant souvent les mains et se plaignant de douleurs en provenant. Je trouvai la surface des grandes

lèvres œdématiées, l'orifice de l'urètre et l'entrée du vagin recouverts d'une membrane mince, crémeuse. C'était une diphtérie de la vulve.

Le cours de la maladie fut le suivant : de l'orifice urétral les points diphtériques s'étendirent dans l'urètre et devinrent si épais qu'ils obstruèrent ce canal.

A l'entrée du vagin, l'enduit diphtérique se change en masse de couleur fauve, ressemblant à de la bouillie nauséabonde, et il s'écoulait du vagin un liquide sanguinolant.

Par usage continu de bains tièdes, d'injections de solutions d'acide salicylique à 4 p. 100, les membranes nécrotiques furent peu à peu éliminées; puis la muqueuse vaginale, privée de son épithélium, apparut, saignant légèrement et comme rougie par places. Il y avait en quelques points une perte de substance qui allait jusqu'à la sous-muqueuse. Cela avait duré dix-huit à vingt jours. En face d'un mieux considérable, je laissai la malade à son entourage tout en insistant sur une surveillance médicale qui serait nécessaire, et cela en prévision d'un accolement possible des parois vaginales. Pour empêcher cela, j'ordonnai l'introduction régulière de tampons imbibés d'une solution faible d'acide salicylique.

Quelques semaines après, à l'examen des organes génitaux, on voit que le vagin est fermé au-dessus du vestibule par un tissu cicatriciel brillant. L'opération immédiate, qui aurait été facile en présence d'un tissu frais, a été refusée.

OBSERVATION XXI.

(In thèse RETIÈRE, 1902, Paris.)

Autoplastie pour rétrécissement cicatriciel du vagin.

Mme C..., 32 ans, femme de constitution robuste, entre à l'Hospice civil de Brest dans le service du Docteur Civel. Elle avait accouché en février 1901 naturellement; mais le travail dura trois jours; pas de manœuvres obstétricales, pas d'application de

forceps. Enfant mort. Les suites de couches ne présentèrent pas d'incidents bien importants. Les pertes blanches se continuèrent plus longtemps que de coutume, et c'est un peu à ce sujet que la malade se présente à la consultation.

A l'examen, il est facile de constater une surface cruentée occupant la paroi postéro-latérale de l'orifice vaginal antérieur. Le plancher périnéal était intact, pas de trace de cicatrisation de ce côté.

A la suite de cet accouchement prolongé, il s'était produit en somme un sphacèle de la paroi postéro-latérale du vagin occupant surtout le tiers inférieur. La rétraction cicatricielle qui suivit la chute des lambeaux sphacelés avait déterminé un rétrécissement considérable de l'orifice vaginal qui admettait à peine l'extrémité du doigt.

Ce rétrécissement ne formait pas seulement une simple bride. Il atteignait profondément les plans sous-jacents et remontait sur une longueur de 5 centimètres environ sur le vagin.

En présence de cette plaie suintante et de ce rétrécissement notable, nous proposâmes à la malade une opération qui consisterait tout d'abord dans l'emploi de moyens simples. Si cette opération ne suffisait pas quant à son résultat, ce qui était fort à craindre, nous aurions recours à une autoplastie.

La première intervention fut pratiquée le 12 juin 1901. Le tissu cicatriciel fut sectionné à droite et à gauche de la paroi postérieure du vagin, à son union avec les parois latérales. La muqueuse vaginale fut ensuite libérée sur une certaine étendue, ainsi que celle des grandes lèvres, afin de recouvrir les surfaces cruentées. Au bout d'un mois, la malade revient, résultat opératoire nul.

Le 9 octobre 1901, nouvelle intervention. Autoplastie au moyen de deux grands lambeaux empruntés à la face interne des cuisses, dont le sommet fut fixé tout d'abord dans le cul-de-sac postéro-latéral par un fil de soie. Les bords latéraux furent ensuite fixés lâchement à la muqueuse vaginale. Enfin les bords de la plaie résultant de la taille des lambeaux furent suturés aux crins de Florence.

Résultat esthétique excellent; pas d'autre pansement qu'une

pièce de gaze stérilisée recouvrant la vulve; suites opératoires très simples; quatre mois après, résultat parfait : pas la moindre rétraction cicatricielle. L'orifice vaginal est souple et admet facilement trois doigts placés de champ. Les règles qui avaient cessé au mois de juin réapparurent en janvier 1902.

OBSERVATION XXII (résumée).

(Dr BARNES, *Traité des maladies des femmes.*)

Sténose cicatricielle consécutive à la fièvre jaune.

Mme W..., mariée depuis trois ans sans être devenue enceinte. A eu la fièvre jaune, il y a deux ans, dans le sud de l'Amérique. Depuis lors, santé médiocre. Menstruation régulière, mais la quantité de sang est réduite. Après la fièvre jaune, la dysménorrhée est devenue très pénible, la santé générale s'est affaiblie, et il s'est produit quelques symptômes nerveux. A l'examen, le vagin n'est qu'un cul-de-sac à peine profond de 25 millimètres. On ne sent pas le col, ni l'utérus. Vers le milieu du cul-de-sac se trouve un petit trou rond admettant à peine la pointe d'une sonde.

On chloroforme la malade pour faciliter l'examen et on passe une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum. Barnes s'assure que sur une longueur de 52 millimètres au moins, à partir du fond du cul-de-sac vaginal, il n'y avait pas d'utérus. Mais, à 76 millimètres environ au-dessus de l'anus, il peut sentir une masse ronde et dure qu'il suppose être l'utérus rétroversé. Une sonde passant à travers le petit orifice vaginal pénètre sur une longueur de 52 millimètres le long de la cloison entre le rectum et la vessie, et atteint le corps qui a été pris pour l'utérus. Barnes conclut qu'il y a rétrécissement du vagin depuis le fond du cul-de-sac jusqu'au haut du canal, et pense qu'il peut avoir été la conséquence de la fièvre jaune.

On ouvre alors un large passage jusqu'à l'utérus, en partant de la petite ouverture du cul-de-sac, on sépare la vessie du rectum tantôt avec le bistouri, tantôt avec les doigts. On arrive sur l'uté-

rus. Il existait une petite cavité représentant la partie supérieure du vagin dans laquelle s'ouvrait le col. Cette cavité était fermée immédiatement au-dessous du col par la fusion des parois et un petit canal tortueux en partait, conduisant dans le cul-de-sac vaginal. Pour maintenir ouvert ce nouveau vagin, Barnes place un petit pessaire de Hodge. Les règles ne sont plus douloureuses.

OBSERVATION XXIII.

(Prof. BREISKY, *Schmidt's Jahrbücher*, 1885).

*Sténose cicatricielle très avancée du vagin provoquée
par un corps étranger.*

Malade de 28 ans. Réglée à 17 ans et depuis régulièrement jusqu'à il y a sept ans; alors commencèrent de vives douleurs pendant les règles et survinrent des écoulements purulents. Abscess dans la région inguinale gauche; ouverture; écoulement pendant trois mois d'un pus fétide, puis redoublement d'intensité dans les troubles menstruels et nouvel écoulement vaginal fétide. Organes génitaux externes normaux; cicatrices de 3 centimètres de longueur sur le ligament de Poupert gauche. Vagin rugueux; paroi postérieure couverte d'éminences verruqueuses. L'utérus n'est perçu que par l'abdomen et le rectum; il est un peu agrandi et penché en arrière.

Derrière l'utérus et le long du rectum, on sentait un sac fluctuant de la grosseur d'une orange dans l'intérieur duquel était une bobine de fil. La patiente avoua l'avoir introduite sept ans auparavant. Avec beaucoup de peine, on trouva un chemin entre le cul-de-sac vaginal et le sac fluctuant : l'ouverture fut élargie par l'introduction de fortes sondes; il s'écoula un liquide brun sale, fétide. Enfin on put retirer le corps étranger. Le sac était formé par la partie supérieure du vagin, et la portion vaginale de l'utérus faisait saillie dans cette cavité.

III

TRAITEMENT

A. — *Sténoses congénitales.* —

Les cloisons vaginales transversales relèvent sans contredit du traitement chirurgical et dans les cas simples de la dilatation digitale ou instrumentale. Dès qu'on aura constaté la malformation, que ce soit chez l'enfant, à la puberté ou plus tardivement, elle doit être traitée sans retard afin de prévenir les complications et d'assurer l'harmonie des fonctions génitales.

Les moyens chirurgicaux employés varient avec le degré d'oblitération du conduit vaginal.

On peut avoir affaire à de légers éperons muqueux, à des replis falciformes qui n'empêchent ni l'écoulement des sécrétions utéro-vaginales, ni l'introduction du doigt explorateur. Afin de rendre complète la perméabilité vaginale, d'éviter la stérilité et de faciliter les rapports conjugaux, il suffira de dilater le vagin par le massage digital, la manœuvre répétée de l'introduction du spéculum, ou mieux à l'aide de bougies de Hégar, pour que la saillie du repli disparaisse ou s'atténue au point de devenir négligeable. Il faut bien savoir que l'on obtient par ces moyens des résultats presque inespérés, mais il est nécessaire de procéder avec patience, car les conséquences de la dilatation sont souvent fort éloignées.

Ces résultats, qui sont particulièrement favorables dans le cas de sténose congénitale, le sont beaucoup moins lorsqu'on se trouve en présence de rétrécissements cicatriciels; le tissu fibreux qui forme ces brides étant dépourvu de fibres élastiques, se prête mal à la distension.

Contre les cloisons plus importantes, charnues et épaisses, l'incision perpendiculaire à l'arête membraneuse sera efficace et suffisante. On y ajoutera l'excision des bords de la section simple lorsque, malgré cette section, le relief persistera ou menacera de causer ultérieurement une gêne notable.

Enfin, dans les cas de cloisons perméables aux sécrétions utéro-ovariennes, mais génératrices d'accidents de rétention partielle, dont les orifices de communication sont de faible calibre, il faudra le plus tôt possible les attaquer par le bistouri, afin d'élargir la voie vaginale insuffisante par une section simple ou cruciale et même par l'excision. Comme, dans ce cas, la rétention est plus ou moins septique, l'urgence de l'intervention ne se discute pas, et la levée de l'obstacle s'impose complète et définitive. Maintes cloisons se présentent avec une certaine minceur au centre et une épaisseur notable à leur base d'insertion vaginale. L'excision de ces cloisons est préférable, et, pour éviter, par la suite, une cicatrice circulaire rétractile, il est indispensable d'effectuer l'affrontement et la suture de la plaie d'excision.

Il ne faut pas opérer pendant la période menstruelle, sauf urgence. Chacun sait, en effet, les dangers que présente l'anesthésie ou les opérations, même les plus simples, portant sur les organes génitaux à cette époque. Nous avons envisagé jusqu'ici le traitement des sténoses chez la jeune femme en dehors de toute complication génitale. Il peut se faire que la cloison insoupçonnée jusqu'alors se révèle au cours d'une infection génitale. Dans l'observation III, où nous avons une vaginite compliquée de cloisonnement du conduit, il est à noter qu'un traitement par l'incision simple de la cloison a suffi à enrayer les accidents d'infection génitale ascendante. La vaginite était récente et l'exaltation de la virulence assez modérée; c'est à ces circonstances que la malade a dû sa guérison. Il n'en est pas moins vrai que la disparition de l'obstacle a été la condition nécessaire de la cessation de l'infection. La conduite du chirurgien dans des cas analogues doit être d'inciser la cloison vaginale

d'un simple trait de bistouri pour donner accès au vagin profond et permettre la désinfection large des culs-de-sac. L'excision des bords de la cloison doit être remise à une date ultérieure, après la guérison. A côté des cas où la sténose est reconnue au cours d'une infection exogène, il en est d'autres où la malformation n'est mise en évidence que par la survenance de complications inflammatoires autochtones survenues après infection saprophytaire comme dans l'observation IV. Le traitement durant l'infection ne diffère guère de celui qui est appliqué en dehors de cette complication, mais un soin spécial d'antisepsie doit être pris, afin de conjurer l'inoculation septique à la surface de la plaie de débrièvement.

B. — *Sténoses acquises et cicatrices.*

Le traitement chirurgical est encore ici le seul à employer. Le traitement médical ne peut être que symptomatique : on calmera les douleurs au moyen de bains locaux, d'applications de produits émollients, d'analgésiques.

1° *La dilatation.* — Ne donne pas de résultats sérieux. Bien au contraire, en agissant sur un tissu cicatriciel de cette façon, on risque d'exciter le processus et de rendre le rétrécissement plus serré encore. Ce procédé a été le premier utilisé; on se servait alors soit de la moelle de hêtre, soit de racines de gentiane, soit de tamponnements, soit de lamineuses. Dans des temps plus rapprochés, on s'est servi d'instruments tels que spéculums, bougies de Hégar, bougies coniques élastiques.

Dans le cas de sténose sénile, comme dans l'observation VII, on a pu arriver à une assez bonne dilatation à l'aide de lamineuses de plus en plus gros.

Dans le cas de coalescence des parois vaginales par des adhérences, le Professeur Gosset a obtenu quelques succès à l'aide de la dilatation par effluves de haute fréquence avec

l'électrode de Mac Intyre. Chaque séance, dont trois suffisent en général, est suivie d'un pansement vaginal à l'huile goménolée, et on associe à ce traitement une série de douze injections d'éther benzyl cinnamique, qui agit bien sur les adhérences (obs. VIII).

2° L'incision. — Ne doit être employée que dans les cas de brides simples et minces. Il faut la faire parallèlement à la surface de la muqueuse vaginale, de façon à écarter la surface cruentée des parois vaginales. On met ensuite des tampons, et une fois la cicatrisation terminée, on fait la dilatation progressive. Cette méthode donne fréquemment des succès opératoires.

3° L'incision suivie de l'excision avec suture. — Est indiquée surtout lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement annulaire. M. le Professeur Guyot l'emploie pour la malade de l'observation VI.

On commence par faire un débridement vaginal bilatéral à la Schuchardt, qui consiste en une incision partant assez haut sur la face latérale du vagin et venant ensuite couper latéralement la vulve et le périnée. Il a pour but d'agrandir l'orifice et de faciliter ainsi l'accès du champ d'opération. Dans un deuxième temps, on fait l'excision de la masse cicatricielle et on suture ensuite les deux bords de la plaie, puis on place des mèches goménolées et une sonde de Petzer dans la vessie. Ainsi le calibre du vagin n'est pas diminué. Le seul inconvénient réside dans le raccourcissement de la longueur du conduit.

4° L'hétéroplastie ou excision avec greffe. — Est une méthode qui consiste à exciser le tissu cicatriciel dans un premier temps, puis dans un deuxième temps à dilater le vagin au moyen de tampons de gaze iodoformée, et, dans un troisième temps, on pose la greffe, qui est par exemple une muqueuse intestinale d'un animal, le lapin le plus souvent; on

peut employer également une muqueuse humaine, comme dans l'observation XII, où la greffe est faite à l'aide de deux prépuces.

Pour fixer cette greffe, on peut employer plusieurs procédés : on peut en tapisser les parois vaginales avivées; et, après l'avoir fixée par des points séparés, au catgut, on bourre la cavité de tampons qui auront le triple but d'aider à maintenir les lambeaux en place, d'empêcher les parois de s'accoler et de faire la dilatation.

On peut encore employer le manuel opératoire suivant (Mackenrodt) :

a) Incisions aux ciseaux portant sur l'interstice des cloisons recto et vésico-vaginale;

b) Divisions des tissus aux doigts ou avec instruments mousses, en ayant soin de ne perforer aucune des cloisons jusqu'à l'orifice du col, que l'on met à nu. Celui-ci est dilaté;

c) On tamponne avec de la gaze iodoformée. Le tampon est renouvelé tous les deux jours;

d) Au moment où la plaie commence à bourgeonner, on prépare la malade, on l'amène à la salle d'opération pendant que le chirurgien opère une autre femme du prolapsus utérin. Dans la muqueuse vaginale ainsi extirpée, on taille des lambeaux de telle sorte qu'il y ait le moins possible de tissu sous-muqueux, et l'on fait la transplantation de vagin à vagin. Les lambeaux sont pliés en deux, de façon à mettre en contact les deux surfaces cruentées. Pour les fixer, on fait un tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée. On laisse à demeure pendant dix jours durant lesquels la malade doit rester immobile au lit. Une sonde est introduite dans la vessie.

Cette méthode est excellente, quel que soit le procédé employé. Elle évite les récidives et n'a pas l'inconvénient de raccourcir la longueur du vagin. En employant la muqueuse vaginale humaine comme greffe, on évite les desquamations

épithéliales et on rend rapidement sa sensibilité à la muqueuse du nouveau vagin.

5° **L'autoplastie.** — A le même manuel opératoire que l'excision avec greffe. La différence en est que la greffe est ici prise sur l'individu lui-même (obs. XXI). C'est donc le troisième temps de l'opération qui est modifié. Trois méthodes sont en usage :

La méthode française, ou par glissement, consiste à remédier à la perte de substance en faisant glisser au-dessus d'elle les tissus voisins et à les réunir par première intention.

La méthode indienne consiste à prendre un morceau de tissu voisin (grande lèvre, face interne de la cuisse), et on l'applique sur la plaie après avoir conservé et tordu un pédicule nourricier le reliant à son ancienne place.

La méthode italienne part du même principe, mais le lambeau est choisi sur une partie éloignée de la plaie, le bras par exemple. Il possède également un pédicule et ne doit être séparé de la région dont il provient que lorsqu'il a contracté des adhérences avec les bords avivés de la plaie sur laquelle il a été implanté.

Les résultats de l'autoplastie sont très heureux; on évite ainsi le raccourcissement des tissus et les processus inflammatoires pouvant exposer à des récidives. En particulier, les lambeaux empruntés aux cuisses sont les meilleurs, car ils permettent à la malade de supporter avec plus de commodité les quelques jours qui précéderont sa guérison.

CONCLUSIONS

I. — Les sténoses vaginales sont d'origine congénitale ou cicatricielle, à l'exclusion de la diminution de la lumière du vagin par spasme, ou tumeur avoisinante.

II. — Les sténoses congénitales constituent une malformation rare, que ce soit une cloison incomplète, un diaphragme ou une bride semi-lunaire et s'expliquent soit par un arrêt, soit par un vice de développement : défaut de résorption à la réunion des canaux de Müller et du sinus uro-génital.

III. — Elles ne sont le plus souvent découvertes que lors de la puberté, du mariage ou seulement de l'accouchement, car elles ne sont pas un obstacle à la fécondation, même dans le cas de cloisons multiples étagées.

IV. — Le diagnostic en est facile si on prend soin de pratiquer un examen complet de la malade.

V. — Les sténoses acquises résultent de traumatismes locaux ou d'infections, et les symptômes se révèlent plus tard que dans les sténoses congénitales.

VI. — Les formations cicatricielles du vagin sont toujours d'origine acquise et l'anatomie pathologique fait la différenciation histologique entre une sténose acquise et une sténose congénitale.

VII. — Dans les sténoses séniles, il faut éviter de confondre les petites pertes de sang provoquées par le doigt explorateur avec celles qui sont dues à un cancer du col utérin, bien que les deux affections puissent parfois coexister.

VIII. — Quelles que soient leurs origines, congénitales ou acquises, les sténoses vaginales relèvent du traitement chirurgical.

Dans les sténoses congénitales, on emploie : dans les cas simples, la dilatation digitale ou instrumentale; dans les cas de cloisons incomplètes, l'incision avec excision.

Dans les sténoses acquises, on emploie : dans les cas simples, l'incision suivie de l'excision avec suture; dans les cas de grands délabrements avec pertes de substance importantes, l'autoplastie ou l'hétéroplastie.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

PIERRE MAURIAC.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 novembre 1935.

Pour le Recteur :

Le Doyen délégué,

FERRADOU.

BIBLIOGRAPHIE

- AETIUS D'AMIDE. — Cité par DELECHAMPS : Chirurgie française, Lyon, 1570.
- ALBUCAISIS. — *Pratica*, sect. 2, cap. XIX; De clausura pudendi, trad. Leclerc, p. 171, chap. 72.
- ARISTOTE. — De generatione animalium, lib. IV, cap. IV.
- AUDEBERT. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1924, p. 364.
- AUDEBERT et PAYRAU. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, juill. 1902.
- AVICENNE. — Opera venetis, 1607, t. 1, tr. IV, lib. III, cap. I et II.
- BADALONI. — *Gazz. d. osp. Milano*, 1885.
- BARTHÉLEMY. — Cloisonnement transversal du vagin. Fécondation. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1931.
- BAS. — Thèse Paris, 1812.
- BINET. — Complications d'une gynatrésie chez une femme de 48 ans. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1928.
- BORDEIANU. — *Spitalul*, t. 4, janv. 1930.
- BRINDEAU. — *L'obstétrique*, 1904.
- CALVANICO. — Nota clinica sopra un caso di atresia vaginale. *Riv. d'ostet. e. ginec. pratic.*, nov. 1926.
- CARLONI. — *Lo sperimentale*, 12 déc. 1885.
- CELSE. — De re medica, lib. 7, cap. 28.
- CLEISZ et DALSACE. — Coalescence du vagin après accouchement. Traitement par effluves de haute fréquence. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1934.
- COUPUT. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris*, 1925, p. 436.
- DELAUNAY. — Thèse Paris, 1877.
- DICKINSON. — Atresia of vagina. *New York State. J. Medic.*, avril 1933.

- DOUAY. — *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1934, p. 392.
- DUFOIX et GAUJOUX. — Atrésie vaginale après brûlures. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1934.
- FILIPOVITCH. — *Annales de gynécologie*, 1895, p. 258.
- FIOLLE. — Cause rare de suintement du col utérin et du vagin. *Soc. de chir. de Marseille*, oct. 1931.
- Nouvelle note sur les atrésies vaginales supérieures. *Soc. de chir. de Marseille*, mai 1932.
- Recherches sur la pathogénie des atrésies vaginales. *Marseille médical*, juill. 1932.
- GOUTH. — *Brit. Med. Journ.*, oct. 1927.
- GUENIOT. — *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1886, p. 127.
- GUÉRIN-VALMALE. — Rétrécissements du vagin d'origine inflammatoire. *Montpellier médical*, mai 1900, p. 727.
- GUILLEMIN. — Thèse Nancy, 1924.
- GUYOT, MAILHE, MAHON. — *Journ. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux*, 11 mars 1930.
- HILLEBRAND. — *Rivista d'Ostetricia e ginecologia pratica*, janv. 1922.
- KING. — Atresia and stricture of the vagina. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, 1922.
- LEPINSKY. — *Ann. de gyn.*, avril 1895, p. 273.
- LYON. — Thèse Paris, 1887.
- MACKNRODT. — *Semaine médicale*, Paris, 1896, n° 28.
- MADDEN. — Observations on cicatricial occlusion of the vagina. *Tr. Acad. Med. Ireland, Dublin*, 1883.
- MALTEZ. — Resultado remoto de una operacao for estenose de vagina. *Brazil-Medic*, Rio de Janeiro, janv. 1919.
- MAUZI. — *Arch. di ostet. e ginec.* mai 1932.
- MAQUART. — Contribution à l'étude des rétrécissements du vagin. Thèse Paris, 1920.
- MATHIEU et LAFLOTTE. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1922.
- MORGAGNI. — De ordibus et causis morb. venitiis, 1761.
- NEUGEBAUER. — Abb contribution to knowledge of atresia vaginae. *Gazlek-rvanzawa*, 1866.

- NEUGEBAUER. — Zur Lehre von verwachsungen und verengerungen der Scheide, Berlin, 1895.
- PETIT. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, nov. 1931.
- PHENOMENOW. — *L'Obstétrique*, 1896, p. 524.
- PICADO. — Thèse Genève, 1898.
- PINARD et SEGOND. — *Ann. de gyn.*, févr. 1877.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*, 1897.
- PUECH. — De l'atrésie des voies génitales de la femme. Paris, 1864.
- Rétrécissement du vagin d'origine inflammatoire. *Montpellier médical*, 1900.
- RAULIN. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Bordeaux*, 1901.
- RETIÈRE. — Colpoplastie dans les atrésies et sténoses du vagin. Thèse Paris, 1901.
- RICHLOND. — A case of successful operation for atresia vagina. *Am. J. Obst.*, 1884.
- RIESSO DEL CAMPO. — *Archivos de medicina, cirugía y especialidades*, juill. 1933.
- RONDISVALLE. — Le atrésie vaginali acquise. *La Rassegna d'Ostet. e Ginecologia*, 1927, p. 595.
- SCHLESINGER. — *Ann. de gyn.*, 1877.
- SCHMIDT. — Sur un cas heureux de plastique de l'iléon dans une atrésie vaginale. *La Gynécologie*, oct. 1934.
- SERDUKOFF. — *Gyn. et obst.*, mai 1923, p. 412.
- SIVILLECKI. — *Arch. de tocol. et de gyn. de Paris*, 1892.
- STANCA. — Sténose secondaire du vagin. *Zentralblatt für gynakologia*, oct. 1922.
- TEDENAT. — Atrésies vulvo-vaginales. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1921, p. 149.
- VAUTRIN. — *La gynécologie*, juin 1920.
- VIANNOY. — *Revue de gynécologie*, 1903.
- VILLETTE. — Thèse Paris, 1824.
- WEIT. — *Handbuch der gyn.*, 1897.

